Rok XLIII. Kraków 10 Grudnia 1904. Nr. 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie organizacyi sanitarnej w miastach większych.

Napisał

Dr. Leonard Bier.

W r. 1893 i 1894 otrzymały nasze miasta stołeczne Kraków i Lwów nową organizacyę służby zdrowia, — stworzoną przez własne Rady miejskie, wzgl. komisye sanitarne, na podstawie ustawy krajowej z 2-go lutego 1891, a zatwierdzoną przez wydział krajowy i c. k. namiestnictwo. Organizacya ta, mimo swego młodego wieku, jest jednak niedostateczną: — w Krakowie daje szczególnie wiele powodu do skarg uzasadnionych, sprawia, że w niektórych zakresach higieny publicznej miasto to nietylko nie przewyższa administracyi sanitarnej przeciętnego powiatu galicyjskiego, ale mu nawet nie dorównywa. By przekonać się o tem, dość poinformować się o akcyi ze strony miasta w tłumieniu chorób zakaźnych, dość wejrzeć w sprawozdania krajowej Rady zdrowia, porównać ogólną statystykę śmiertelności, śmiertelności z powodu chorób zakaźnych, wydatki poczynione na cel tłumienia tych chorób, rozpatrzyć liczby odnośne w powiatach nienajgorszych z jednej, a w Krakowie z drugiej strony, przy budżecie uchwalonym na cele i środki sanitarne wobec tych chorób, które największą powodują chorobliwość i śmiertelność, a których szerzenie się lub brak uchodzi za słuszną miarę działalności i wartości organizacyi sanitarnej każdej miejscowości.

Na poparcie tego zdania niech posłuży kilka następujących liczb: W sprawozdaniu krajowej Rady zdrowia za r. 1896, w szeregu powiatów politycznych, wykazującym stopniowo wzrastającą śmiertelność. Kraków (miasto) zajmuje na 64 stopni 51-szy; w roku 1897 na 62 stopni — 54-ty. Śmiertelność w Krakowie w obu latach sprawozdawczych przekracza znacznie przeciętną śmiertelność całej Galicyi: w r. 1896 ma Galicya śmiertelności 28,7, Kraków 35,7 na 1000 ludności; — w r. 1897 Galicya 30,0, Kraków 35,4. Śmiertelność z powodu chorób zakaźnych pochłania w Krakowie 760 (r. 1898) do 906 (r. 1901) osób w stosunku do ogólnej śmiertelności 2618, wzgl. 2693.

Jakkolwiek liczby te maleją po odliczeniu obcych, napływających do krakowskich zakładów leczniczych, stanowią jednak nie mniej ilości pokaźne.

W rażącym stosunku do śmiertelności i chorobliwości z powodu chorób zakaźnych pozostają środki finansowe, które Rada miejska przeznacza na cele zapobiegania chorobom zakaźnym. Jeżeli z pośród nich jako przykład przytoczymy desinfekcyę, będzie ona dobrą ilustracyą profilaktyki miejskiej. Na 858 zgłoszonych chorób zakaźnych w r. 1896 wykonano w Krakowie desinfekcyę parą 47 razy; w r. 1898 na 760 zgłoszonych chorób zakaźnych — 42; w r. 1901 na 906 przypadków — 50 razy. Jakkolwiek od czasu wprowadzenia formaliny, jako przetworu do desinfekcyi mieszkań, ilość desinfekcyi znacznie wzrosła przez ułatwienie osobom prywatnym użycia miejskich przyrządów desinfekcyjnych na własny koszt, nie mniej jednak wartość tej desinfekcyi jest wątpliwą z powodu szablonowego jej wykonywania przez pachołka miejskiego bez jakiejkolwiek kontroli fizykatu. I jak gdyby już samem wprowadzeniem przyrządów do desinfekcyi miasto spełniło swe w tym kierunku zadanie, spotykamy w budżecie sanitarnym r. 1900 redukcyę pozycyi na środki desinfekcyjne z 50 na 25 koron. Jak śmiesznie małą jest ta kwota przy znacznej ilości przypadków chorób zakaźnych w Krakowie, wykaże się to dosadnie, gdy przytoczę, że np. Zurych (150,000 ludności), posiadający małą śmiertelność (2298 czyli 15,32‰ r. 1901) ogólną i z chorób zakaźnych, przeznacza rocznie 704 fr. na środki desinfekcyjne, a 16,012 fr. na desinfekcyę mieszkań, nie wliczając w to wynagrodzenia pewnej ilości służby (według zamknięcia rachunkowego za rok 1901).

Potrzebę zmian organizacyi sanitarnej w Krakowie odczuwają nietylko lekarze (między tymi i niektórzy miejscy), ale i sam zarząd miasta i niektórzy członkowie Komisyi sanitarnej. Wybrano też w tym celu podkomisyę, której polecono zająć się ułożeniem podstaw do tej reorganizacyi i przygotowaniem jej planów. Ogłoszone niedawno i rozesłane w gronie ściślejszem radców miejskich pismo jednego z członków tejże podkomisyi, po za kilku zdrowemi, choć nie nowemi myślami, nie obejmuje całokształtu administracyi sanitarnej w pojęciu nowoczesnej higieny publicznej, a przez to nie daje poglądu na zasadniczy sposób reorganicyi tego zakresu służby miejskiej A jednak od Krakowa, stolicy umysłowości polskiej, na którego urządzeniach sanitarnych wzorują się inne gminy pomniejsze, żądać można, by pomimo swych szczupłych funduszów, trzymał się przynajmniej zasad wzorowej organizacyi sanitarnej, był świadomym swych w tym kierunku braków i stale zdążał do ich usunięcia.

Zwiedziwszy bardzo wiele wzorowo pod względem sanitarnym urządzonych miast środkowej Europy, zapoznawszy się z rozwojem ich urządzeń, z ich planami i kosztorysami, i porównawszy to wszystko z tem, co dotychczas zdziałano u nas w Krakowie, a czego nam jeszcze brakuje, postanowiłem zabrać w tej dla naszego miasta sprawie głos i podzielić się z czytelnikami „Przegl. lekar.“ temi myślami, które mi to porównanie nasunęło. Przystępując do ogłoszenia zasad organizacyi sanitarnej w miastach większych, nie mam jednak zamiaru wszechstronnego wyczerpania tego przedmiotu. Do celu tego nie nadaje się pismo czysto lekarskie; — ogłoszenie zaś w piśmie innem, n. p.

w piśmie z zakresu administracyi nauk polityczno-społecznych rozprawy na ten temat, choćby w rozmiarach obszerniejszych i więcej wyczerpujących, przeszłoby tembardziej bez echa, że niestety przyznać zdaje się trzeba, iż między naszymi urzędnikami administracyjnymi i ekonomistami kwestye zdrowia publicznego i sposób administracyjnego ich ujęcia nie znajdują dostatecznego zainteresowania, o ile urzędnicy ci nie są zarazem lekarzami; — przeto sprawa organizacyi sanitarnej u nas staje się kwestyą prawie czysto lekarską. Ogłoszenie zatem powyższego tematu w piśmie zawodowem lekarskiem najwięcej może liczyć na zainteresowanie i miejmy nadzieję — nie pozostanie bez wpływu na nasze stosunki zdrowotne.

Organizacya sanitarna, czyli organizacya działalności, skierowanej do zabezpieczenia zdrowych warunków bytu w miastach większych, opierać się musi z jednej strony na statucie gminnym, czyli na rozszerzonej ogólnej ustawie gminnej, z drugiej zaś strony na ustawach państwa, względnie kraju i rozporządzeniach władz centralnych — t. j. ministerstwa i krajowych: namiestnictwa i wydziału krajowego. Organizacya sanitarna w najszerszem tego słowa znaczeniu obejmuje nietylko samo ustawodawstwo (wraz z rozporządzeniami), ale zarazem wszelkie urządzenia organizacyjne, zmierzające do zabezpieczenia, by odnośne ustawy i rozporządzenia, zmierzające do zapewnienia zdrowych warunków bytu, były ściśle przestrzegane.

W szerszych kołach lekarskich, oraz u ludzi interesujących się kwestyą organizacyi sanitarnej, pojęcie jej jest równoznacznem ze sprawą organizacyi służby zdrowia, czyli instytucyi lekarzy, weterynarzy i położnych, pozostających w służbie państwa, kraju, powiatu, czy gminy. Zdaniem osób tych, czy też sfer, ma instytucya ta na celu głównie zabezpieczyć ludności pewnego okręgu administracyjnego opiekę lekarską w chorobie ludzi ubogich, w nagłych wypadkach, w czasie epidemii, a zarazem stanowić ma organ doradczy w sprawach zdrowotnych dla władzy administracyjnej. W pojęciu tych osób kwestya leczenia, jako głównego obowiązku tych organów sanitarnych, jest czynnikiem najważniejszym; zdawałoby się przemawiać za tem nietylko na ogół małe wynagrodzenie lekarzy urzędowych, szczególnie gminnych i okręgowych, nie pozostające, z małymi wyjątkami, w stosunku do studyów i pozycyi społecznej lekarzy i zmuszanie ich do dorabiania na życie praktyką prywatną, ale i fakt obliczenia potrzebnej liczby lekarzy urzędowych w stosunku do liczby ludności (ustawa krajowa wobec lekarzy miejskich). Bezwątpienia i ten cel, t. j. zabezpieczenie szerszym warstwom ludności opieki lekarskiej, — miała na oku ustawa z r. 1870, wprowadzająca do każdego powiatu politycznego lekarza urzędowego, zaś ustawa krajowa z r. 1891 — do gmin — lekarzy gminnych (miejskich), a do tworzyć się mających okręgów sanitarnych — lekarzy okręgowych; — jednak cel leczenia, jako obowiązek, schodzi co raz bardziej na plan drugi, a nawet dalszy, a jako pierwszy punkt obowiązku tych lekarzy urzędowych, tak rządowych, jak i autonomicznych, występuje zapobieganie chorobom, ochrona i rozwój zdrowia ogółu. Występuje to nietylko w zmniejszeniu się praktyki tych lekarzy urzędowych, ale jeszcze więcej w pogłębieniu ich obowiązków, wyrażonem w instrukcyach i rozporządzeniach władz przełożonych. Przyczyna tej zmiany leży zapewne i w gęstszem obecnie rozsiedleniu się lekarzy praktykujących, w potworzeniu licznych Kas chorych i szpitali powszechnych, utrzymujących bezpłatne ambulatorya; więcej jednak zapewne w tej zmianie pojęć, jaka zaszła w ubiegłych 3 dziesiątkach lat, tak w nauce lekarskiej, jak i wśród szerszych sfer rządzących, że działalność zapobiegawcza wobec chorób powinna iść obok leczenia co najmniej w równej mierze, a w administracyi tak państwa, jak i mniejszych jednostek administracyjnych powinna przeważać. Pojęcia te co do działalności lekarzy urzędowych, łączące się ściśle z pojęciem organizacyi służby zdrowia, od dawna nie nowe, nie przeniknęły jednak do szerszych kół reprezentacyi gminnych, nawet miast większych; dowodów dostarczyć mogą obsady lekarzy miejskich i opinie rozstrzygające w takich chwilach. Jeżeli zastanowiłem się nad pojęciem zakresu obowiązków nowoczesnego „urzędnika zdrowia“ w miastach większych nieco szerzej, niż wskazanemby to było ze względu na czytelników „Przeglądu“ — lekarzy, — to na usprawiedliwienie moje niech posłuży nadzieja i chęć, by słowa te doszły do uszu tych, których zadaniem jest administracya i reprezentacya gmin miejskich.

W przekonaniu wielu osób, zwłaszcza w administracyi autonomicznej, obowiązkiem lekarzy urzędowych ma być zadośćuczynienie ustawom i rozporządzeniom sanitarnym gminy, ale czy zadośćuczyniono istocie i treści ustawy, czy też tylko formie, to dla nich jest rzeczą obojętną. W istocie zaś przyznać trzeba, że zbyt często czyni się zadość jedynie formie. Zapytaćby należało w takim razie, czy ustawy wydano jedynie w tym celu, by urzędy gminne mogły się wykazać ich spełnieniem, czy też, by przyniosły rzeczywistą korzyść gminom. Nasuwają się jednak jeszcze inne pytania: czy nasze ustawodawstwo sanitarne jest już tak rozwinięte i doskonałe, że interpretacya jego i wykonanie w większych miastach nie napotyka na żadne trudności? czy nie wymaga uzupełnienia w niejednym kierunku? czy braki te w ustawodawstwie sanitarnem państwowem i krajowem nie nasuwają potrzeby miejscowych zarządzeń w gminach? czy wobec tego i forma organizacyi służby zdrowia nie musi być zastosowaną do potrzeb miejscowych, a nie jedynie czynić zadość literze ustawy?

Jak wyżej zaznaczyłem, pojęciem organizacyi sanitarnej obejmujemy wbrew dość ogólnie panującej opinii nietylko organizacyę służby zdrowia, ale całe ustawodawstwo, wraz z rozporządzeniami sanitarnemi, a odpowiednio do rozmaitych form administracyi i jednostek administracyjnych rozróżniamy administracyę sanitarną: państwową, krajową, miejską, okręgową; — wobec rozmaitego stopnia autonomii miast możemy też mówić o organizacyi sanitarnej w miastach większych.

Znaczenie ustawodawstwa (obowiązującego nietylko dla władz wykonawczych, ale i dla ludności), w zakresach administracyi, mających na celu ukrócenie niedbalstwa, samowoli i egoizmu jednostek i ogółu, zanadto jest ważnem dla prawidłowej czynności organów, którym powierzono dane zakresy administracyi; — odnosi się to do wszelkich atrybucyi policyi miejscowej, bodaj czy w stopniu nienajwyższym do policyi sanitarnej, pod którem to mianem obejmujemy działy administracyi sanitarnej. Zastanowić się nam przeto należy, o ile ustawodawstwo sanitarne w Austryi sprzyja wykonaniu przepisów, odnoszących się do zdrowia publicznego, zwłaszcza w miastach.

Jeżeli zważymy, jak różnorodne formy i warunki życia wpływają i wpływać mogą na zdrowie ludzkie, zrozumiemy łatwo, że ustawodawstwo sanitarne państwa małego i w sobie jednolitego napotyka na znaczne trudności i tylko w ogólnych zarysach ująć może (zakazem lub ograniczeniem) warunki szkodliwe dla zdrowia. Tem trudniejsze zadanie do spełnienia ma ustawodawstwo państwa wielkiego, na które składają się kraje i narodowości, stanowiące rozmaite typy polityczne, społeczne i ekonomiczne. Nic też dziwnego, że w Austryi poza ustawą z 30 kwietnia 1870 r., wprowadzającą zaledwie zarys zakresów, będących przedmiotem administracyi sanitarnej, państwowej i gminnej, oraz organizacyę rządowych organów sanitarnych, (jeżeli pominiemy ustawę o zarazach bydlęcych i ustawę przemysłową z r. 1885, czyniącą zadość pewnym wymaganiom higieny wobec pomocników w rzemiosłach i fabrykach), do r. 1896 (ustawa o obrocie handlowym środkami spożywczymi i przedmiotami użytku), brak wogóle ustaw sanitarnych. Nowych ustaw sanitarnych w Austryi tak prędko spodziewać się nie możemy, a to z powodu przeniesienia wspomnianą powyżej ustawą z r. 1870 całego ciężaru trosk o zdrowie publiczne na gminy, a pozostawienie dla państwa jedynie prawa nadzoru nad działalnością gmin w tym kierunku, obok nielicznych innych zakresów sanitarnych. W obradach, toczących się w roku 1869 w austryackiej Radzie państwa nad projektem powyższej ustawy, było to niezaprzeczonem zwycięstwem politycznem autonomistów pod wodzą Grocholskiego, że przy sposobności właśnie tej ustawy zdołali przesunąć punkt ciężkości administracyi krajów z parlamentu do sejmów; trudno jednak nie przyznać, że rodzajem ujęcia ustawy obecnie obowiązującej powstrzymano postęp na polu sanitarnem na wiele lat późniejszych. Jak to wskazują fakta, nietylko wielu lat było potrzeba, zanim poszczególne kraje koronne wprowadziły u siebie organizacyę służby zdrowia gminną i okręgową, do której zobowiązywała je ustawa sanitarna z roku 1870 (§ 5), ale zaledwie nieliczne kraje koronne zdobyły się jeszcze na inne ustawy, mające na celu względy zdrowia ludności [1]). Jeżeli zaś w reprezentacyi krajów wprowadzenie ustaw, ukrócających niedbalstwo ogółu, samowolę i egoizm jednostek, ustaw mających tak wysoki cel, jak zdrowie społeczeństwa, wymagających nieraz pewnego nakładu środków pieniężnych, nie znajduje dostatecznego odczucia, czyż możemy tak bardzo spodziewać się tego od gmin poszczególnych, choćby niemi były miasta stołeczne? [2]). (C. d. n.)

* * *

II. Na czem polega obecne histopatologiczne rozpoznanie niedowładu postępującego?

Podał

Dr. med. i fil. **P. Pręgowski** (Lwów).

(Dokończenie.)

Co się tyczy poruszonej przezemnie teoryi, to po 1) jak widzieliśmy, tłómaczy ona równie dobrze, jak i teorya pierwsza, występowanie komórek pałeczkowatych wzdłuż naczyń. Teorya ta wyjaśnia nam jednak także i te fakty, których poprzednia teorya nie tłómaczy, a mianowicie występowanie komórek pałeczkowatych oddzielnie i niezależnie od naczyń krwionośnych przy kom. nerwowych, tudzież oddzielnie wśród tkanki. Wiadomo bowiem, że w tych miejscach występują komórki neurogliowe. 2) Teorya nasza wyjaśnia także kierunek, w jakim stoją komórki pałeczkowate ostatnich dwóch rodzajów, a wyjaśnia w ten sam sposób, w jaki wyjaśniliśmy kierunek komórek pałeczkowatych, znajdujących przy większych naczyniach, a mianowicie tem, że komórki neurogliowe ulegają wydłużeniu swym niedokończonym podziałem w kierunku najmniejszego oporu, a więc wśród tkanki nerwowej prostopadle do powierzchni kory mózgowej, a równolegle i wzdłuż dróg nerwowych i podłużnego wymiaru komórek nerwowych, zaś u podstawy komórek nerwowych wzdłuż tejże podstawy, a więc wpoprzek do poprzedniego kierunku, co pochodzi stąd, że komórka nerwowa szeroką podstawą swoją rozsuwa znacznie tkankę nerwową i wzdłuż swej podstawy daje więcej swobodnego miejsca, aniżeliby go było przy wydłużaniu się komórki neurogliowej dalej w kierunku wypustki nerwowej. 3) Ale teorya ta ma nietylko to za sobą, że tłómaczy dobrze wszystkie fakta, stwierdzone w komórkach pałeczkowatych: za nią przemawia także i szereg innych danych, a przedewszystkiem to, że komórki pałeczkowate spotykamy tam, gdzie występują prawidłowo komórki naurogliowe, a więc tak przy naczyniach, jak wolno rozrzucone w korze i jak wreszcie przy komórkach nerwowych w miejscach, w których zwykle spotykamy trabanty. Dalej nie mniej przemawia za neurogliowem pochodzeniem komórek pałeczkowatych także ten fakt, że tam, gdzie znajdują się komórki pałeczkowate, nie znajdujemy już zwykłych, prawidłowo tam występujących komórek neurogliowych. Szczególnie widoczne to jest przy komórkach pałeczkowatych, występujących w pobliżu komórek nerwowych na miejscu trabantów, przedewszystkiem u podstawy kom. nerwowych. Nigdzie tam, gdzie komórka pałeczkowata przy podstawie komórki nerwowej powstała, nie znajdujemy zwykłego neurogliowego trabanta. Mimowoli nasuwa to podejrzenie, że ów neurogliowy trabant stał się tą komórką pałeczkowatą. 4) Ze komórki pałeczkowate, przynajmniej w części, pochodzą z komórek neuroglii, wydłużających się i ulegających licznym, atoli niedokończonym podziałom, za tem przemawia fakt, że w niewątpliwych jądrach neurogliowych spotykamy wtedy zwykle skłonność do wydłużania się. Ażeby zwrócić uwagę na występowanie licznych wydłużonych form jąder neurogliowych, — trzeba nie dać się wprowadzić w błąd stwierdzaniem licznych w przypadkach niedowładu postępującego, komórek neurogliowych bujających (*wuchernde Gliazellen*), a niemniej także małych okrągłych ciemniejszych form, pochodzących z poprzecznego przecięcia jąder podłużnych neurogliowych. Nie mówię tu już o tem, że w niektórych przypadkach niedowładu postępującego, a mianowicie w tych, w których cierpienie cielesne (zapalenie płuc i t. d.), na które pacyent umarł, pozostawiło znaczne ślady w korze mózgowej, spotykamy postacie komórek neurogliowych, pochodzące z wpływu owego cierpienia cielesnego na korę mózgową. Można zauważyć nadto wyraźne przejścia od niewątpliwych komórek neurogliowych do zupełnie pewnych komórek pałeczkowatych, znajdując liczne pośrodku stojące

[1]) Pomijam tu ustawodawstwo szpitalne.

[2]) Korzyść polityczną, zyskaną przez formę uchwalonej w roku 1870 ustawy sanitarnej, zrównoważyłaby kilkakrotnie korzyść istotna, wynikająca z uregulowanej już podówczas gminnej administracyi sanitarnej.

twory, o których trudno orzec, czy je zaliczyć należy jeszcze do komórek neurogliowych, czy też są to już komórki pałeczkowate. 5) Wreszcie na ten fakt, że mamy tu do czynienia z komórkami neuroglii, ulegającemi licznym choniedokończonym podziałom, wskazuje szereg spostrzeżeń nad budową i wejrzeniem samych tych komórek pałeczkowatych. Już w skrawkach, utrwalanych w wyskoku, widzimy przy bardzo skrupulatnem badaniu na jądrach pałeczkowatych — lekkie wręby, równoległe i sobie odpowiadające z obu stron, markujące niejako podział tego jądra na odcinki. Niekiedy wręby te są wybitniejsze, atoli jeszcze nie widzimy zupełnego podziału. To znowu widzimy ten podział, lecz dwa nowopowstałe odcinki oddzielone są od siebie jedną tylko błoną, jakby ścianką; to wreszcie widzimy rozdział całkowity i każdy z tych odcinków posiada już własną błonkę, ale są to odcinki jeszcze zetknięte ze sobą. Zdarza się także niekiedy, że występuje cały szereg zupełnie wykształconych i oddzielonych od siebie odcinków i jest otoczony pozostałością ciała protoplazmatycznego, które swoim zwyczajem na obu biegunach tworzy owe znane wypustki. Dodać wreszcie należy, że w skrawkach, barwionych według metody Weigerta na neurogliowe włókna, komórki pałeczkowate — nie tak skurczone, jak przy utrwalaniu wyskokiem, pozwalają jeszcze i w ten sposób rozpoznać w nich segmentacyę, że zazwyczaj posiadają pomiędzy obu przeciwległymi wrębami szereg ziarenek, przechodzący w formie paseczka czy błonki, wyraźnie rozdzielający jądro na cząstki.

Powyższe przedstawienie całego stanu rzeczy z owemi komórkami pałeczkowatemi — czyni, zdaje się, dosyć prawdopodobnem podniesione przezemnie przypuszczenie, że te komórki pałeczkowate, jeśli nie wszystkie, gdyż na takie twierdzenie potrzebaby było innych dowodów, to przynajmniej w części powstają wskutek wydłużania się, tudzież licznych, lecz niedokończonych podziałów jąder neurogliowych. Mielibyśmy więc tu do czynienia z faktem, że czynnik chorobotwórczy, wywołujący niedowład postępujący, działa na komórki neurogliowe w ten sposób, że pobudza e do licznych podziałów amitotycznych, gdyż tylko o takich tutaj mowa być może (mitoz bowiem nigdy w tych komórkach pałeczkowych nie stwierdzamy), a te podziały nie zostają zazwyczaj całkowicie dokonane

Co się tyczy zmian w komórkach nerwowych, jakie występują w niedowładzie postępującym, to sprawa ta dotąd, jak powiedziałem, ostatecznie załatwioną nie jest. Różni autorowie, a na ich czele Nissl podają, że najczęściej w przypadkach niedowładu postępującego występuje w komórkach nerwowych zmiana analogiczna do tej, którą Nissl opisał, jako występującą w komórkach nerwowych rdzenia pod wpływem zaciśnięcia tętnicy głównej i uniemożliwienia dopływu krwi do komórki nerwowej. Tymczasem mogę pod drobnowidem udowodnić, iż ta sama zmiana, która według wspomnianych autorów ma odpowiadać niedowładowi postępującemu, znachodzi się także w korze mózgowej tych przypadków, w których stwierdzono klinicznie najrozmaitsze inne choroby umysłowe; a nawet tę samą zmianę mogę naocznie wykazać w przypadkach, w których nie było zupełnie choroby umysłowej. Ta sama zmiana występuje również w komórkach nerwowych kory mózgowej królika po jej nacięciu lub przypaleniu. Tudzież inne liczne dane, z których zdam sprawę w swej pracy szczegółowej, odnoszącej się do tej kwestyi, każą mi uznać zmianę w komórkach nerwowych, którą wspomniani autorowie uważają za właściwą porażeniu postępującemu, za wywołaną cierpieniem somatycznem, przedewszystkiem chorobami gorączkowemi i zakaźnemi. Że zmiana ta bywa spotykana tak często w niedowładzie postępującym, to nic dziwnego, gdyż porażeni często przechodzą takie choroby, jak zapalenie płuc, posocznica i t. d. i zazwyczaj też na nie umierają. Gdy bliżej poznałem te zaburzenia, tak często się przyplątujące, było mi już niezbyt trudno zoryentować się w zmianie w komórkach nerwowych, odpowiadającej niedowładowi postępującemu. Nie będę jej tu bliżej przedstawiał, gdyż uczyniłem to w opisie, umieszczonym w „Przegl. lekarskim.“ Zadowolnię się tutaj tylko podaniem głównych cech, odróżniających tę zmianę od poprzedniej, posądzanej dotąd przez wielu o to, iż ona to odpowiada niedowładowi postępującemu:

1. W zmianie naszej rozmiary i kształt komórki nie ulegają zaburzeniu, — gdy w zmianie poprzedniej komórki nerwowe ulegają 2—3-krotnemu zmniejszeniu, tudzież pokurczeniu i tem wywołanemu zniekształtnieniu.

2. Jądro w naszym przypadku jest co do kształtu i wejrzenia stale niezmienione i stale utrzymuje swą błonę: w przypadku poprzednim jądro ulega 2—3-krotnemu zmniejszeniu, staje się zwykle wydłużone, traci swą osłonkę, tudzież ulega bardzo ciemnemu, jednostajnemu zabarwieniu na niebiesko.

3. Wypustka nerwowa w naszej zmianie pozostaje niewidoczna; — w poprzedniej zmianie jest zawsze bardzo wyraźna i przedstawia się w kształcie bacika na końcu pokręconego lub wiciowca.

4. Rozpad ciała komórkowego w naszej zmianie rozpoczyna się najpierw od strony wypustki głównej (protoplazmatycznej); — w zmianie poprzedniej — od strony podstawy komórki i wypustki nerwowej.

5. Nadto w warstwie większych piramid początkowe obrazy naszej zmiany są bardzo charakterystyczne, a mianowicie dzięki temu, że rozpad ciałek Nissla idzie tu od środka, od jądra ku obwodowi komórki, spotykamy naokoło jądra gładki szeroki pas, jednostajnie zabarwiony i dopiero na zewnątrz od niego rozpadające się jeszcze ciałka Nissla. Tego wszystkiego w zmianie poprzedniej niema, gdyż tam z powodu wielkiego skurczenia się komórki całej — wejrzenie komórki ulega zmianie.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Stanisław Łagowski: **Jędrzej Śniadecki i jego „Teorya jestestw organicznych“ w setną rocznicę pierwszego jej wydania. Szkic źródłowy i krytyczny.** *(Lwów 1904. Str. 85. Odbitka z „Kosmosu“).*

Rzecz napisana jasno i ze znajomością przedmiotu. Autor pierwotnie zamierzał przedrukować „Teoryę jestestw organicznych“, a jako wstęp do tego zamierzonego ponownego wydania dzieła Śniadeckiego miała służyć właśnie rozprawa, której tytuł wymieniony w nagłówku. Wobec braku wydawcy autor zmuszony był zamiaru tego zaniechać. Podkreślam tę okoliczność, gdyż inną miarą należy mierzyć wstęp do wydania jakiegokolwiek dzieła, a inną pracę naukową, która bynajmniej nie powstała okolicznościowo. Od wstępu Dr. Łagowskiego do zamierzonego ponownego wydania „Teoryi jestestw organicznych“ żądać nie możemy nic nadto, co nam daje; daje nam bowiem treściwą historyę życia Jędrzeja Śniadeckiego i dokładny rozbiór jego

teoryi. Od rozprawy samoistnej mielibyśmy prawo żądać więcej, bo w życiorysie krytyczniejszego stanowiska względem dotychczasowych biografów Śniadeckiego, a osobliwie względem najważniejszego z nich — Michała Balińskiego; w rozbiorze zaś teoryi Śniadeckiego nie tyle streszczania tego, co inni o „Teoryi jestestw organicznych" napisali, lecz jaknajbardziej umotywowanego sądu własnego.

Jak każde zresztą dzieło ludzkie, tak i rozprawa Dr. Łagowskiego posiada oczywiście pewne, jakkolwiek nieznaczne usterki. Niektóre z tych usterek zauważyłem i radbym o nich gwoli ścisłości choć w kilku słowach wzmiankę uczynić.

Na str. 12 autor przypisuje Śniadeckiemu zasługę rozpowszechnienia we Włoszech słynnej ongi teoryi Browna. Wiadomość tę autor zaczerpnął zapewne z Balińskiego. Tymczasem historycy medycyny, jak Wunderlich i Haeser twierdzą co innego. Zdaniem ich z teoryą Browna zaznajomili Włochów Jones, Locatelli, Moscati i Rasori. Wiadomo z listu samego Jędrzeja Śniadeckiego do brata Jana, że poznał on teoryę Browna w r. 1792, podczas pobytu swego w Medyolanie. W tym samym roku, właśnie w Medyolanie, wyszło włoskie wydanie dzieła Browna p. n. „Elementa medicinae" z przedmową Moscatiego. Zapewne więc Śniadecki poznał teoryę Browna z rzeczonego wydania włoskiego W tymże 1792 roku ukazało się w Pawii w przekładzie włoskim, dokonanym przez Rasoriego, inne dzieło Browna, którego tytuł angielski brzmi: „Observations on the principles of the old System of Physic" i t. d., we włoskim zaś przekład nosi napis „Compendio della nuova dottrina medica di G. Brown i t. d." Jasną przeto jest rzeczą, iż teorya głośnego szkockiego uczonego znaną była wcześniej we Włoszech, niż Śniadeckiemu, który ją poznał wtedy, gdy we Włoszech dzieła Browna albo już były wyszły, albo też były do druku przygotowywane. Zdaje mi się, iż Dr. Łagowski myli się również, gdy pisze: „W oryginale teorya Browna ma tytuł: „Joannis Brunonis Elementa medicinae Edinburg. 1780", a w przekładzie angielskim: „Observations on the principles of the old system of physic." Nie wiem skąd autor tę wiadomość powziął. Albowiem w dziele Haesera, które Dr. Łagowski przytacza, znajduję, iż „Elementa medicinae" wydał po angielsku sam Brown p. n. „The elements of medicine: or a translation of the Elementa medicinae Brunonis i t. d." Najwidoczniej Dr. Łagowski dwa różne dzieła Browna, jedno wydane po łacinie („Elementa etc.), a drugie po angielsku („Observations on the principles i t. d."), poczytuje za jedno.

Na str. 24 autor, opisując zatarg Towarzystwa lekarskiego wileńskiego z generał-gubernatorem Korsakowem, zupełnie niedokładnie rzecz przedstawia. Według autora Śniadecki padł do pewnego stopnia ofiarą lekkomyślności Franka, który na odezwie Towarzystwa lekarskiego do Korsakowa miał rzekomo podpisać Śniadeckiego bez jego wiedzy. Tymczasem wspomnianą odezwę podpisał własnoręcznie Śniadecki, jako prezes Towarzystwa, zgadzając się w zupełności na jej treść. Słynny zatarg Towarzystwa lekarskiego wileńskiego z jenerał-gubernatorem dokładnie opisał Frank w swoich dotąd nie wydanych pamiętnikach, stanowiących własność Towarzystwa lekarskiego wileńskiego i Jan Śniadecki w listach do księcia kuratora Adama Czartoryskiego, znajdujących się w Muzeum XX. Czartoryskich w Krakowie. Ale, pomijając te źródła, które, jako rękopiśmienne, mogły nie być dostępne autorowi, całe wspomniane wyżej zajście zostało wiernie przedstawione w monografii Dr. Zahorskiego p. n. „Zarys dziejów Cesarskiego Towarzystwa lekarskiego w Wilnie." Warszawa 1898. (Odbitka z Pamiętnika Tow. lekar. warsz.).

Na str. 31 autor pisze: „Nikt również pewno nie wie, że Śniadecki pierwszy opisał działanie kalomelu moczopędne („Observationes de urinae a calculo unius renis suppressione." Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. lekar. wil. w r. 1814. Toż po polsku: „O zatrzymaniu uryny z przyczyny kamienia jednej tylko nerki." (Pam. Tow. lek. wil. I 167. 1818) i pierwszy zaczął kalomel w tym celu w praktyce stosować. Tymczasem Zachariin, który się o tem dowiedział prawdopodobnie od ucznia Śniadeckiego, a swego profesora, spostrzeżenie to ogłosił za własne, a uczniowie jego poszli jeszcze dalej, bo szkołę lekarską moskiewską, dzięki owemu kalomelowi, chcą nazwać szkołą Zachariina. Nikt nie zaprotestował przeciwko tej uzurpacyi, ponieważ niewielu o tem wiedziało." Ustęp ten w rozprawie Dr. Łagowskiego, bez cudzysłowu umieszczony, przemawiać zdaje się za tem, jakoby pierwszy Dr. Łagowski zwrócił uwagę na stosowanie przez Śniadeckiego kalomelu, jako środka moczopędnego. W dziele jednak Dr. Bielińskiego p. n. „Uniwersytet Wileński" (Kraków 1899—1900) w tomie III na str. 637 znajduję bardzo podobny ustęp, który brzmi: „....nikt nie wiedział o tem w Europie, że pierwszy Śniadecki działanie kalomelu jako *diureticum* opisał i w praktyce stosował. Tymczasem Zachariin, dowiedziawszy się o tem prawdopodobnie od swego profesora a ucznia Śniadeckiego, powyższe spostrzeżenie za swoje przyznał, a uczniowie jego poszli jeszcze dalej, bo szkołę moskiewską lekarską, dzięki owemu kalomelowi, pragną nazwać szkołą Zachariina. Nikt nie protestował przeciwko tej uzurpacyi, bo niewielu o tem wiedziało." Jeszcze wcześniej, bo w r. 1898 zrobił Dr. Zaborski we wspomnianej już wyżej monografii następującą w tej sprawie uwagę: „Uważam za obowiązek wskazać w tem miejscu na wzmiankę Jędrzeja Śniadeckiego na posiedzeniu 12 stycznia 1807 roku, gdyż świadczy ona, że nie Jendrassikowi i nie profesorowi Zachariinowi należy się zasługa odkrycia moczopędnych własności kalomelu, lecz właśnie Śniadeckiemu, który powiadomił Towarzystwo, iż z dobrym skutkiem leczy porażenia nerek po szkarlatynie zapomocą kalomelu w połączeniu z *extr. hyoscyami* i wskazał na jego dobre działanie, jako środka moczopędnego."

Na str. 60 twierdzi autor, iż „pierwszą króciutką bibliograficzną wzmiankę o „Teoryi jestestw organicznych" napotykamy w tomie II Pamiętnika Towarz. lekar. warsz. z r. 1839." Tymczasem już w r. 1805 w Dzienniku wileńskim Józef Kossakowski streścił pierwszą część dzieła Śniadeckiego.

Do wytkniętych wyżej drobnych usterek rozprawy Dr. Łagowskiego zaliczyłbym także nieuwzględnienie przez autora przy rozbiorze teoryi Śniadeckiego najgłębszego i najobszerniejszego studyum o „Teoryi jestestw organicznych", jakie piśmiennictwo polskie posiada. Mam na myśli rozprawę Tadeusza Żulińskiego, wydrukowaną w Rocznikach Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego w r. 1874 p. n. „Zasady teoryi jestestw organicznych Jędrzeja Śniadeckiego, ocenione ze stanowiska dzisiejszych pojęć fizyologicznych."

W końcu dodać winienem, iż pomimo przytoczonych wyżej drobnych usterek, pracowite pismo Dr. Łagowskiego stanowi niebezwartościowy przybytek do polskiego piśmiennictwa historyczno-lekarskiego. Owszem, przyznać to należy, iż autor z wziętego na się trudnego zadania wywiązał się w sposób należyty, co mu się za zasługę poczytać godzi. *Adam Wrzosek.*

Prace laboratoryum anatomii patologicznej szpitala żydowskiego w Warszawie, wydawane przez J. Steinhausa przy współudziale Kasy im. Mianowskiego. Zeszyt I, z 3 tablicami rysunków. Warszawa, 1904. Druk P. Laskauera. Stron III + 40.

Uzyskawszy dla kierowanej przez siebie pracowni odpowiedniejsze pomieszczenie w nowym gmachu szpitalnym i spodziewając się w lepszych warunkach zwiększyć jej działalność, rozpoczyna Steinhaus osobne wydawnictwo, aby sku-

pić prace, pod swoim wykonane kierunkiem, a dotąd rozproszone po różnych czasopismach. Spis prac tych, ogłoszonych od roku 1898 do początku r. b., podany w przedmowie, obejmuje pokaźną liczbę 34, z czego lwia część, bo 26, przypada na prace pióra Steinhausa, lub wykonane z jego czynnym współudziałem. Mogąc się pochlubić tak obfitym dorobkiem piśmienniczym, utworzono organ własny. Jestto nowy typ wydawnictwa, dość powszechny zagranicą, prawie zaś nie używany dotąd u nas, gdzie nawet większe kliniki gromadzą we wspólnych zeszytach tylko odbitki swych prac, wprzód niemi wzbogaciwszy nienazbyt obfitą treść naszych czasopism peryodycznych.

Na pierwszy zeszyt wydawnictwa złożyły się trzy prace. W pierwszej p. t. „Przyczynek do nauki o histogenezie nabłoniaków złośliwych kosmówki“ opisuje Steinhaus zajmujący przypadek tego nowotworu, powstałego po ciąży zaśniadowej. Na gronkach zaśniadowych, wyskrobanych wraz z cząstkami typowo już rozwiniętego nowotworu, można było stwierdzić przejścia od łagodnych rozrostów nabłonka kosmków do niepohamowanego, nowotworowego bujania, w którem główny udział miały komórki warstwy Langhansa, przełamujące nieznacznie tylko rozrosłe syncytyum. Autor nawiązuje do tego przypadku sprawę pochodzenia komórek wędrujących kosmówki. W drugiej pracy p. t. „O guzach zapalnych ślinianek“ podaje Steinhaus trzy przypadki tej sprawy, także i ze względów praktycznych ciekawej, ponieważ klinicznie może ona mieć cechy nowotworu, nawet złośliwego. Zamyka zeszyt praca Endelmana „O szklistem zwyrodnieniu w rogówce“, oparta na dwóch spostrzeżeniach, w której autor dochodzi do wniosku, że to zwyrodnienie jest wynikiem przemiany szklistej mas rozpadowych, powstałych wskutek martwicy tkanki i roztrząsa następstwa tej sprawy.

Wszystkie trzy prace nie ustępują co do swych zalet pracom, dotychczas z pracowni Steinhausa wyszłym. Wydanie jest bardzo staranne, rysunki wzorowe. *Ciechanowski.*

IV. Wyciągi.

Leube. **Odżywianie drogą pozaustną.** (*Deutsche Klinik* Band I, 1903). Odżywianie z wykluczeniem ust stosować możemy przez odbytnicę i przez skórę. Dróg tych używamy wtenczas, gdy n. p. z powodu zwężenia przełyku lub krwotoków żołądkowych i t. d. pokarmy przez usta nie mogą być przyjęte, lub nie powinny być podane. Do zupełnego i doskonałego jednak odżywienia ani jedna, ani druga droga nie wystarcza, natomiast użyte obie razem, mogą dać dobre wyniki.

Lawatywy odżywcze używane były już w starożytności; jednakże przedtem nie oceniano ich należycie, a to dlatego, gdyż skład takich lawatyw nie był odpowiedni; nie znano bowiem i nie uwzględniano wówczas czynności narządów trawiennych. Chcąc osiągnąć pewną korzyść z lawatyw, potrzeba do nich użyć takich substancyi, które w kiszce stolcowej mogą uledz wessaniu.

Takiemi ciałami są surowe jaja, wyciąg mięsny, peptony, roczczyny cukru, mleko, a w małym stopniu i tłuszcze. Ilość odżywczej lawatywy nie powinna przekraczać 300 sz. ctm, gdyż większa objętość wywołuje silny ruch robaczkowy i szybkie wydalenie treści wlanej do jelita.

Co się tyczy ciał białkowatych, to racyonalnem jest podawanie przetworów peptonowych, gdyż te prędko ulegają wessaniu i mniej ulegają gniciu, aniżeli inne ciała białkowate. Jednakże, jeżeli ich użyjemy więcej, niż 50 grm. w 250 grm. płynu, to wywołamy biegunkę. Przyswajanie peptonów zostało udowodnione, gdyż po lawatywach tego rodzaju nie możemy wykazać w moczu ani peptonu, ani wogóle białka. Z ciał białkowatych możemy użyć także wyciągu mięsnego i surowych jaj, które najbardziej nadają się: jeżeli do odbytnicy wlewamy 3 do 6 jaj, to później w moczu białka wykazać nie możemy. Dodatek soli kuchennej (1 grm. na 1 jajo) ułatwia wessanie.

Jednakże jaja ulegają wessaniu powoli tak, że część ich w kiszce stolcowej ulega gniciu, co stwierdza bardzo cuchnący kał po lawatywach jajecznych. Wytwory gnicia drażnią błonę śluzową tak, że po długotrwałem użyciu tych lawatyw przyjść może nawet do zapalenia kiszki grubej. Dlatego też należy przyrządem Hegara przed każdem nowem wprowadzeniem jaj przepłókać kiszkę, by usuwać resztki jaj zalegających i gnijących.

Z węglowodanów skrobia i cukier są nader stosowne do lawatyw. Skrobia w kiszce stolcowej przemienia się na cukier; samego cukru podać nie możemy, ponieważ roczczyn jego drażni błonę śluzową tak, że już 10% zostaje wnet wydalony, 40% wywołuje zaczerwienienie błony śluzowej, a 50% nieżyt kiszek i biegunkę.

Dlatego więcej, niż 15 grm. cukru na 300 płynu, podawać nie należy. Skrobia tylko powoli zamienia się w cukier, dlatego też ma tę zaletę, że powstają ciągle małe ilości cukru, które natychmiast ulegają wessaniu tak, że drażnienie błony śluzowej jest wykluczone. Lawatywy ze skrobią nie wywołują parcia ani bólów brzucha, tak jak lawatywy z cukrem. Lawatywy skrobiowe są więc godne polecenia, mianowicie w stosunku 50 gramów na 300 wody.

Zapomocą lawatyw skrobiowych przyswaja ustrój 3 razy tyle węglowodanów, niż przy stosowaniu lawatyw z cukrem.

Tłuszcze same nie nadają się do lawatyw odżywczych, gdyż wessanie tłuszczu w kiszce stolcowej jest możliwe tylko w ilości 10 gramów dziennie. Jednakże przez dodawanie substancyi trzustkowej większa ilość tłuszczu może uledz wessaniu; wiadomo bowiem, że steapsyna z mydła zawiesza (emulguje) tłuszcze, przez co czyni je zdolnemi do wessania. Jeżeli więc mieszamy tłuszcz ze świeżą substancyą trzustkową, możemy doprowadzić do tego, że nawet 50 gramów ulegnie wessaniu. Oprócz tłuszczu także i substancye białkowe, jak mięso, mieszane z trzustką, nadają się do lawatyw.

Prócz wymienionych ciał używamy jeszcze mleka do lawatyw odżywczych. Mleko ulega w kiszce stolcowej wessaniu i ma wielkie działanie odżywcze, ale także, jak każdy inny płyn, pobudza w większych ilościach ruch robaczkowy jelit, dlatego użyć go możemy w ilości nie przekraczającej 300 gramów.

Lawatywy odżywcze dzielimy na I. peptonowe: 60·0 peptonów na 300·0 mleka; II. jajeczne: 3 jaja na 300·0 mleka i 3·0 soli kuchennej: III. skrobiowe: 60·0 białka na 300·0 mleka; IV. trzustkowo-mięsne: 60·0 substancyi trzustkowej na 200·0 mięsa; V. skrobiowo-jajeczne: 300·0 mleka, 3 jaja, 3·0 soli kuchennej i 40·0 skrobi.

Lawatywami jednakże nie możemy stale dostarczyć potrzebnych kaloryi. Drugą drogą pozaustnego odżywiania jest odżywianie podskórne.

Jeszcze w roku 1869, Perko i Menzel wstrzykiwali ze skutkiem podskórnie mleko, żółtka, tran rybi i olej (10 do 35 gramów w 24 godzinach). Burlureaux wstrzykiwał podskórnie w 2 miesiącach 1 kilogram oliwy i zauważył podwyższenie ciężaru ciała.

Spostrzeżenia kliniczne na chorych sercowych, mianowicie, że chorzy znoszą i 100 wstrzyknięć oleju kamforowego w 24 godzinach bez działania ujemnego, skłoniły Leubego do wstrzykiwań podskórnych tłuszczu w większych ilościach. Peptonu i albumoz nie możemy używać do tych wstrzykiwań, ponieważ wywołują objawy toksyczne. Tak samo mleko i jaja, wstrzyknięte podskórnie, nie bywają przyswajane, lecz wydzielają się moczem.

Co się tyczy węglowodanów, to Leube robił doświadczenia z cukrem gronowym i przyszedł do wniosku, że on nie nadaje się do wstrzykiwań podskórnych, ponieważ wywołuje ból i gorączkę nazajutrz po wstrzyknięciu. Dekstryna wydziela się moczem; glykogen wprawdzie nie wydziela się, ale do dzisiaj nie wyrabiają go.

Zatem ciała białkowate nie nadają się do podskórnego odżywiania, a węglowodany (glykogen) w ograniczonej masie. Oliwa nadaje się do sztucznego odżywiania drogą podskórną; 50 do 100 gramów letniej oliwy, wyjałowionej przez gotowanie, możemy w ciągu jednej godziny powoli zapomocą lewaru wcielić, albo wstrzyknąć po 5 do 10 grm. zapomocą strzykawki Prawatza w różnych miejscach skóry.

Wedle Kolla wlewanie tłuszczów jest wskazane wtenczas, kiedy zasób tłuszczu w ustroju zanika, a nie jest on ubogi w białko, gdyż w innym razie może nastąpić rychłe zużycie białka. Jak długo przez odbytnicę możemy ustrojowi dostarczyć białka, podskórne doprowadzenie tłuszczu jest zabiegiem racyonalnym.

Jeżeli więc skombinujemy odżywianie przez odbytnicę (2 lawatywy dziennie po 300 grm. mleka, 40 skrobi, 3 jaja) z wlewaniem tłuszczu (100 grm. oliwy), to możemy dostarczyć ustrojowi potrzebną do życia ilość pożywienia. *Dr. Jakób Sokal*, Lwów.

Rauchfuss. **Zjawiska paradoksalne przy opukiwaniu klatki piersiowej.** (*Russkij Wracz* 1904, Nr. 8). Autor zwraca uwagę na jeden objaw, który spostrzega już od przeszło 20 lat, mianowicie, że przy wysięku opłucnowej, sięgającej do 8—9 kręgu, a tembardziej wyżej, występuje zawsze stłumienie odgłosu opukowego po stronie zdrowej tuż u samego stosu pacierzowego i odpowiednio do tego uczucie zwiększonego oporu przy obmacywaniu; okolica stłumienia paradoksalnego ma kształt trójkąta,

którego podstawą jest dolny brzeg zdrowego płuca, przeciwprostokątnia (hipotenuza) zaś zaczyna się nieco niżej od poziomu wypociny, lub w zupełności odpowiada mu i stąd biegnie do zewnętrznego końca linii podstawowej, tworząc zwykle linię, zwróconą wklęsłością ku zewnątrz. Wysokość i podstawa trójkąta, zarówno jak i wielkość jego, zależą od ilości i wysokości wypociny; zawsze jedna wysokość trójkąta przewyższa podstawę; w większym stopniu ulega zmianom w razie zmiany poziomu wypociny, niż długość podstawy. Objaw ten spostrzega się stale w przebiegu wolnych płynów opłucnowych; zatem brakuje go w wypocinach otorbionych, nie przylegających do stosu kręgowego i nie sprowadzających przemieszczenia śródpiersia, przy wypocinie międzypłatowej, oraz zwyczajnych nalotach włóknikowych. Objaw występuje również w razie otoku ropnego i otoku z odmą piersiową, oraz po wydaleniu wypociny opłucnowej zapomocą torakotomii. Do ostatnich prawie lat autor przypisywał trójkątowi przykręgowemu (*triangulum paravertebrale*) znaczenie patognomoniczne: kilka jednak spostrzeżeń w ostatnim czasie wykazało, że stłumienie to może towarzyszyć włóknikowemu zapaleniu płuc; lecz w tych razach trójkąt jest mniejszy, ma nieco inne kształty i samo stłumienie jest bardzo nieznaczne. We wszystkich tych przypadkach do sekcyi jednak nie przyszło, wskutek tego niepodobna wykluczyć możliwości nalotów opłucnowych i zrostów. W każdym razie brak omawianego objawu uważa autor za nader ważną wskazówkę, przemawiającą przeciwko wolnej wypocinie opłucnowej, sięgającej przynajmniej do 9 kręgu u dzieci do lat 15 (autor, jako pedyatra, miał wyłącznie do czynienia z dziećmi). W miejscu trójkąta płuco przedstawia się zupełnie zdrowem i z normalną zawartością powietrza. Powstanie trójkątnego stłumienia po stronie zdrowej autor tłómaczy, wychodząc z doświadczeń na trupach, przemieszczeniem śródpiersia i obecnością wypociny, która przytłumia dźwięk, wywołany uderzeniem, przechodzący w zwykłych warunkach i na drugą stronę, a to dzięki kręgom i żebrom. Zapalne nacieczenie płuc nie wywołuje tego objawu, gdyż naciek nie przylega tak ściśle do opłucnej żebrowej, jak wypocina, przytem rzadko bywa zupełnym bez domieszki powietrza w oskrzelach i zrazikach; sama zbitość nacieku w każdym przypadku jest nierównomierną; wskutek tego wpływ nacieku na zmniejszenie dźwięczności miejsca opukiwanego jest mniej wyraźnym. Tylko w razie zupełnego nacieku, ściśle przylegającego do opłucnej żebrowej, mogą powstać warunki, sprzyjające utworzeniu się objawu, o którym mowa. (Podobny objaw u dorosłych, będących w tych samych warunkach, co i dzieci Rauchfussa, spostrzegł Kernig, wezwany przez Rauchfussa do zwracania nań uwagi. Kernig przypisuje mu również ogromne znaczenie rozpoznawcze. *Przypisek sprawozdawcy*). *Dr. Orlowski* (Ptbg.).

Lucke. **Przyczynek do leczenia rzeżączki wstrzykiwaniami.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 13, 1904). Autor zwrócił uwagę na brak pewności, czy tylna część cewki moczowej jest zamknięta wobec wstrzykiwań uciskowych (Druckeinspritzungen) do przedniej części cewki. Innem jest leczenie chorych, gdy są zakażeni po raz pierwszy, a inne, gdy rzeżączka jest nawrotowa. Lecząc zakażonych po raz pierwszy, można na pewne przyjąć, iż w pierwszych 14 dniach zamknięcie tylnej części cewki wobec przodkowej jest pewnem; zależy na tem, aby w tym czasie zapomocą wstrzykiwań uciskowych znacznie złagodzić objawy zapalne i usunąć dwoinki rzeżączkowe z powierzchni błony śluzowej. Jeśli to nastąpi, udaje się zwykle zapobiedz przeniesieniu się choroby na tylną część cewki, gdy wśród przestrzegania pewnych ostrożności wstrzykuje się rozczyn dostatecznie prątkobójczy. Można więc z dobrym wynikiem leczyć pierwszy raz zarażonych według Neissera. Lucke podaje, że rzeczywiście ze wszystkich przetworów srebrowych protargol oddał mu najlepsze usługi. U wielokrotnie zakażonych nie można nigdy z góry być pewnym, iż wewnętrzny zwieracz cewki wypełnia swoją czynność; dlatego najlepiej na razie nie polecać wstrzykiwań uciskowych, lecz albo leczyć tylko przednią część cewki przepłókiwaniami zapomocą cewnika aż do usunięcia silniejszej wydzieliny i powierzchownie leżących dwoinek, albo przepłókiwać według Janeta, a potem dopiero przejść do wstrzykiwań uciskowych. Lecząc więc ostrą rzeżączkę wstrzykiwaniami, należy, wyjąwszy pierwszy raz zarażonych, unikać wstrzykiwań z uciskiem i dłuższego zatrzymywania wstrzykniętego płynu, aż do zniknięcia znaczniejszych objawów zapalnych i powierzchownie się znajdujących dwoinek rzeżączkowych. Naturalnie tyczy się to także pierwszy raz zarażonych, objętych w leczenie przed upływem trzech tygodni od początku choroby. *Baschkopf.*

Hollstein. **Przyczynek do kazuistyki samoistnej i sztucznej zgorzeli skóry na tle nerwowem.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 43, 1904). Nie udowodniwszy dotychczas istnienia odżywczych włókien nerwowych, nie możemy stanowczo odnieść wszystkich przypadków zgorzeli skóry do wpływów nerwowych. Za typową zgorzel skóry można uważać równomierne obumarcie skóry (i głębszych warstw) palców kończyn w niepowikłanej postaci choroby Raynauda. Widzimy dalej, że u niektórych histeryczek bez jakiegoś powodu występują po najsłabszym bodźcu zewnętrznym rozsiane ogniska zgorzelinowe; zjawiska tego inaczej nie można sobie wytłómaczyć, jak nadzwyczaj małą odpornością osobnika. Do tej kategoryi nie wolno zaliczać przypadków tak zwanej „demisimulation“ Bettmanna, który przez to chciał wyrazić, iż w tych przypadkach wykazał wprawdzie u chorych samouszkodzenie; było ono jednak tego rodzaju, iż samo przez się nie spowodowałoby zgorzeli, gdyby zmniejszona odporność skóry nie przyczyniła się do tego; przypadki te stanowią przeto przejście między zgorzelą nerwową samoistną, a sztucznie wywołaną. Rozpoznanie tej ostatniej postaci nieraz przedstawia wielkie trudności; pod tym względem należy pamiętać, iż histeryczki, cierpiące na przewlekłą chorobę skórną, odznaczającą się miejscami obumarłemi, przedewszystkiem wymagają zastanowienia się nad rodzajem i przyczyną zgorzeli; jest ona zwykle tylko powierzchowną i ma brzegi zaczerwienione; są to znamiona bezsprzecznego artefaktu; to rozpoznanie wzmacnia jeszcze badanie chemiczne strupów, albo też szybkie gojenie się zgorzeli pod stałym opatrunkiem; niemniej skuteczne jest w tych przypadkach badanie chorych w stanie hipnotycznym. *Dr. Korm.*

C. Wernicke. **Przypadek nerwicy kurczowej.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1904, Nr. 43). Autor opisuje 47-letniego człowieka, u którego od kilku lat pojawiają się przy każdym zamierzonym ruchu bardzo bolesne kurcze i to nietylko w mięśniu własnowolnie skurczonym, ale w całym szeregu mięśni sąsiednich. Kurcze te są tak silne i tak bolesne, iż uniemożliwiają wykonanie jakiejkolwiekbądź czynności z użyciem nieco większej siły: przy znaczniejszym zaś i dłużej trwającym wysiłku obejmują coraz dalej leżące gromady mięśni tak, iż n. p. mogą się rozszerzyć nawet na sąsiednie kończyny. Badanie elektryczne wykazuje jedynie zmniejszenie dość znaczne pobudliwości galwanicznej; brak odczynu myotonicznego, telemicznego, tudzież brak innych odpowiednich objawów pozwalają wykluczyć w tym przypadku zarówno chorobę Thomsena, jak i tężyczkę. Autor na podstawie teoretycznych wywodów przypuszcza, iż cierpienie to jest natury funkcyonalnej i proponuje dlań nazwę: »*Crampusneurose*«. Uważa, że etyologicznie ważnem było w tym przypadku nadużywanie alkoholu: i rzeczywiście, aczkolwiek nie zdołano chorego nakłonić do bezwzględnej wstrzemięźliwości, przecież już zmniejszenie używania alkoholu wywołało bardzo znaczną poprawę. *Dr. A. Rydel.*

Prof. S. Bettmann. **W sprawie poronnego leczenia ostrej rzeżączki.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 28, 1904). Wybierając środek do leczenia rzeżączki, należy mieć na oku obok działania prątkobójczego szkodliwy wpływ na tkanki, będące siedliskiem dwoinek rzeżączkowych, a głównie uwzględnić działanie leku w głąb tkanki. Znane są doświadczenia, w których stosowano zgęszczony rozczyn protargolowy w celu zapobiegania rzeżączce. Autor używa 20% rozczynu protargolu w glicerynie z wodą. Wiele zależy od odpowiedniego przygotowania tego rozczynu: 20 grm. protargolu daje się do miseczki, zawierającej 45 grm. zimnej wody i zostawia się aż do zupełnego rozpuszczenia się, unikając wstrząsania, poczem dodaje się gliceryny do uzupełnienia ilości 100·0. Bettmann wstrzykiwał z początku taki rozczyn do cewki, później przeszedł do pędzlowań cewki w jej przodkowej części. Powtarzał pędzlowania przez kilka po sobie następujących dni. Całe leczenie trwało najwyżej 8 dób. Chorzy byli zarażeni wyłącznie po raz pierwszy; od zarażenia się nie upłynęło nigdy więcej, niż 3—5 dni, gdyż przy rozpoczęciu leczenia poronnego po 5-tym dniu widoki dobrego wyniku nie są duże. Wykluczył on rzeżączkę powikłaną i z zajęciem tylnej części cewki, lub zadrażnieniem mięśnia zwieracza itd. W każdym przypadku stwierdzono niewątpliwą obecność dwoinek rzeżączkowych. Na 42 przypadków, leczonych poronnie tym sposobem, dodatni wynik był w 20 przypadkach (= 47%). Pierwsze wypędzlowanie sprowadza zwyczajnie dosyć silne wydzielanie, które jednak już drugiego dnia stawało się skąpe. Wydzielina ropna nie przemawia stanowczo za niepowodzeniem leczenia. Za wyleczonych uważano tych chorych, u których zniknęły wydzielina i dwoinki rzeżączkowe. Postępowania tego można też użyć w ostrej rzeżączce cewki moczowej kobiet, w nawrotach i tam, gdzie zależy na szybkiem ograniczeniu wydzieliny. Wyniki zachęcają bardzo do dalszych prób. Postępowanie jest proste, nie wymaga wiele zachodu, nie jest przykre, gdyż nie sprawia większych dolegliwości, nadto oddaje dobre usługi, jeśli stosuje się je tylko w odpowiednich przypadkach. Autor uważa leczenie to bądź co bądź za lepsze od postępowania według metody Janeta, jakoteż od dawnego leczenia kamieniem piekielnym. *Baschkopf.*

Dr. R. Lichtenstern. **Doświadczenia nad rozdzielaniem moczu.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 1904. Otto Zuckerkandl już od początku roku 1903 używa rozdzielacza (segregatora) Luysa. Przekonawszy się o jego użyteczności, zmniejszył nieco jego średnicę, zmienił krzywiznę i dziś na swym oddziele równie chętnie i łatwo używa go u kobiet, jak i u mężczyzn. W tym czasie miano sposobność stwierdzić w 25 przypadkach różnych cierpień nerek sprawność rozdzielacza, a kiedy jużto autopsya na żywym, lub na zwłokach, już też kontrolne badanie cysto-ureteroskopem wykazały, że dane, uzyskane segregatorem, w zupełnej pozostają zgodzie ze stosunkami rzeczywistymi, poleca L. przyrząd ten do ogólnego użytku (wbrew opinii kilku innych doświadczonych chirurgów. *Przyp. ref.).* Rozdzielenie pęcherza tym przyrządem niezawsze potrafi zastąpić cewnikowanie moczowodów; w wielu jednak przypadkach, po poprzedniem zoryentowaniu się w stosunkach panujących w pęcherzu przy pomocy cystoskopii, uzyskać możemy dane, które ułatwić mogą rozpoznanie lub postawienie odpowiedniego wskazania operacyjnego. *Herman.*

B. Stegmann. **Przypadek zaniku twarzy i kosmetyczne jego leczenie.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 1904, Nr. 35). Jednostronny lub obustronny zanik twarzy jest następstwem bądźto zaburzenia w włóknach odżywczych nerwu trójdzielnego, bądź zaburzenia w zwojach głowowych nerwu spółczulnego. Elektryzowanie, mięsienie wibracyjne, tuczenie i t. d., wogóle leczenie dotychczasowe pozostaje w zupełności bezskuteczne. W przypadku autora 20-letnia dziewczyna cierpiała na obustronny zanik twarzy; choroba rozpoczęła się już we wczesnej młodości pod oczodołem i stąd rozeszła się z czasem po całej twarzy. Wejrzenie twarzy chorej było starcze, skóra lekko bronzowawo zabarwiona, kości twarzy nie przedstawiały nic nieprawidłowego. Leczenie polegało na wstrzykiwaniach czystej waseliny w przestwór podoczodołowy i mieszaniny waseliny z oliwą w stosunku 1: 4 w inne części ciała. Wstrzykiwania te poprzedzało zastrzyknięcie płynu Schleicha w celu znieczulenia. Wstrzyknięto w ogólności w przeciągu 18 dni 4 ctm.³ waseliny i 17 ctm.³ oliwy z waseliną w 14 posiedzeniach. Każdorazowe działanie wstrzyknięcia należy przeczekać, aby przez to, przy ostrożnem dawkowaniu, osiągnąć pewny kosmetyczny wynik. Częstokroć po kilku miesiącach trzeba uzupełnić wessaną waselinę nowemi wstrzykiwaniami, ale wtedy wstrzykuje się ją tylko w bardzo małych ilościach. W przypadku autora wynik kosmetyczny był bardzo dobry. *B. Żmigród.*

Birnbaum. **Ostre i wysokiego stopnia zatrzymanie moczu u ciężarnej, jako wczesny objaw wiądu rdzenia.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 43, 1904). Przyczyny zatrzymania moczu są dwojakie: miejscowe (tyłozgięcie ciężarnej macicy uwięzniętej, lub kamica pęcherza moczowego itd.) i ogólno nerwowe. Ponieważ w danym przypadku, tyczącym się 32-letniej wieloródki, której płód ostatni z roku 1898 wykazał wszystkie cechy kiły wrodzonej, nie było przeszkód miejscowych, należy szukać powodu choroby w czynnościowych lub organicznych zaburzeniach narządu nerwowego. Przy bliższem badaniu chorej okazało się, iż za histeryą lub neurastenią nic nie przemawia, a natomiast źrenice nierównej szerokości, nie oddziaływające wcale na światło, zmniejszoną wrażliwość podudzia na ból, jakoteż miejscami na zimno i ciepło, można uważać za początek wiądu rdzenia pacierzowego. Nie stoi temu rozpoznaniu na przeszkodzie brak znamiennego zachowania się odruchu kolanowego, gdyż w pierwszym okresie wspomnianej choroby nierzadko daje się spostrzedz taki brak, jak znowu z drugiej strony przyznać należy, iż zaburzenia pęcherzowe z reguły występują w trzecim okresie. Już z tego punktu widzenia powyższy przypadek godny jest wzmianki i to tembardziej, iż chora tak przed zatrzymaniem moczu, jakoteż po jego odprowadzeniu cewnikiem, żadnych podmiotowych nie miała dolegliwości.
Dr. Korm.

Graf. **Dwa przypadki bąblowca z rzadkiem umiejscowieniem.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 34, 1904). Bąblowiec bardzo rzadko znachodzi się poza dużemi jamami ciała, a specyalnie poza jamą brzuszną; względnie często znajduje się na tułowiu i dolnych kończynach, (szczególniej na udach), rzadziej na szyi i kończynach górnych, a najrzadziej na głowie. W jednym z przypadków autora znajdował się bąblowiec na prawem udzie, w drugim na szyi po lewej stronie. Jaja tasiemca rozchodzą się z jelita drogą naczyń chłonnych i krwionośnych, albo też zarodki wędrują w włókienkach tkanki łącznej wzdłuż wielkich naczyń krwionośnych. W przypadkach autora guzy były w blizkości tętnicy udowej, względnie tętnicy szyjnej. I nietylko wtórne pęcherze, lecz także zarodniki mogą dać powód do wytworzenia pęcherzy bąblowcowych i tem się tłómaczą nawroty miejscowe po operacyjnem usunięciu pęcherzy jednojamistych (*unilocularis*) bąblowca w obwodowych częściach ciała. W przypadku pierwszym był taki miejscowy nawrót wywołany pozostaniem zarodków po pierwszej operacyi. Wystarcza tylko do wywołania nawrotu, by mała część pęcherza pozostała, jeśli posiada w sobie zarodnika. Przypadek drugi jest o tyle ciekawy, że pęcherz, istniejący już od 18 lat, począł dwa razy ogromnie przybierać w rozmiarach, jednakże pod wpływem leczenia jodem obydwa razy wrócił do stanu prawidłowego. Oba przypadki wyleczono operacyjnie. *B. Żmigród.*

E. Delbanco. **Zapalenie błony śluzowej cewki moczowej w oksaluryi i fosfaturyi.** (*Monatshefte für prakt. Dermat.* Nr. 2, 1904). Oksalurya i fosfaturya powodują często bez zakażenia rzożączkowego zapalenia błony śluzowej cewki moczowej. Chorzy uskarżają się na nieznaczny wypływ z cewki, okazujący się często dopiero po naciśnięciu cewki, lub zalepia on ujście cewki; prócz tego skarżą się chorzy na ból przy oddawaniu moczu, w którym pływają nitki. We wszystkich prawie przypadkach oddaje bardzo dobre usługi urotropina obok leczenia zdrojowego. Oksalurya i fosfaturya są nadzwyczaj częstymi objawami neurastenii. *Baschkopf.*

Schirokauer. **Powtarzający się przewlekle skurcz odźwiernika jako wskazanie do operacyi.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 39, 1904). Objawy przewlekłego skurczu odźwiernika i sokotoku żołądkowego uważać należy zdaniem autora za ogólne objawy neurastenii, za objawy nerwicy, w której zajęte są drogi nerwowe żołądka tak ruchowe, jakoteż i wydzielnicze. Przerwy w występowaniu objawów wskazują, że niema tu od samego początku żadnego osłabienia mięśni (*myasthenia*) żołądka lub niedomogi przyrody organicznej. Autor uważa na mocy swych trzech przypadków za najodpowiedniejsze leczenie operacyę, polegającą na połączeniu żołądka z jelitem (*gastroenterostomia*), która działa poniekąd, jako operacya ocalająca życie. *B. Żmigród.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Leczenie połogowego zakażenia gnilnego formaliną. (*St. Petersburger med. Wochenschrift* Nr. 4, 1904). Dr. E. Hoerschelmann opisuje przypadek groźnego zakażenia gnilnego u 24-letniej położnicy. Piątego dnia choroby po bezskutecznem leczeniu postanowił autor zastosować formalinę według Barrowa. Z zewnętrznych jednak powodów ograniczył się do wlewań przez odbytnicę. Podawszy 9 kropel nastoju makowcowego przez usta, wlano do kiszki odchodowej irygatorem 600 ctm.³ 1% rozczynu soli kuchennej z dodatkiem 8 kropel formaliny Scheringa. Wlewano powoli w ciągu pół godziny pod bardzo małem parciem. Inne środki, stosowane w tym przypadku, były obojętne. Nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Z jednego spostrzeżenia nie zamierza autor naturalnie wysnuwać wniosku. Bądź co bądź zupełna zmiana obrazu chorobowego zaraz po zastosowaniu formaliny jest godną uwagi i autor poleca ten sposób leczenia do wypróbowania. *Baschkopf.*

Dr. Boldt. **Podskórne stosowanie atropiny w niedrożności jelit.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 48, 1904). Autor opisuje przypadek lekkiego zatrucia atropiną, dotyczący kobiety, u której podmiotowe i przedmiotowe objawy wskazywały na niedrożność jelita w okolicy kiszki ślepej. Ponieważ olejek rącznikowy i dwie dawki wyciągu wilczej jagody po 0·003 nie miały skutku, wstrzyknięto podskórnie 0·0007 atropiny; w godzinę później wystąpiły objawy zatrucia: rozszerzenie źrenic, bredzenie, drobne tętno — 120 na minutę, utrata pamięci, niepoznawanie ludzi i przedmiotów i t. d. Mimo, iż otoczenie chorej było tem wszystkiem bardzo zaniepokojone, autor, uważając przy tak małej dawce stan zatrucia za lekki, nie stosował żadnej odtrutki i rzeczywiście po 5 godzinach przyszło obfite kilkorazowe wypróżnienie; nazajutrz chora zupełnie prawidłowo oryentowała się i na wszystkie pytania dała należyte odpowiedzi. Zaburzenia wzrokowe i suchość w ustach ustąpiły najpóźniej, bo dopiero trzeciego dnia. *Korm.*

W sprawie leczenia potów nocnych suchotników. (*Wiener med. Wochenschrift* Nr. 35, 1904). Dr. A. Baer z oddz. wewn. prof. H. Schlesingera w Wiedniu donosi, iż przeciw potom nocnym, znikającym tak zadziwiająco szybko przy leczeniu gruźlicy płuc w sanatoryach, musiano u chorych szpitalnych stosować bardzo często leki. Prócz używanych od wielu lat agarycyny i atropiny, w nowszych czasach zastosowano *eumydrynę*. Zapomocą tego mniej trującego przetworu atropinowego osiąga się szybki skutek po 2—3 proszkach *à 0·001*. Przy dłuższem podawaniu tego leku zmniejsza się, jak się zdaje, jego skuteczność. *Baschkopf.*

Prof. Maramaldi. **O fersanie.** (*Giornale internaz. delle sc. mediche* 1904, Tom 26, Nr. 4). Acidalbuminy, zawierające żelazo i fosfor w związku organicznym, nie wymagają wzmożenia siły trawiennej żołądka i wsysają się łatwo w jelitach, stąd też i fersan należy zdaniem autora uznać za dzielny lek w niedokrwistości i zaburzeniach trawienia. Przetwór ten łączy w sobie własności środka odżywczego i żelazistego. W błednicy, niedokrwistości i u ozdrowieńców, oraz przy braku łaknienia podawać go najlepiej w proszku, 2—3 razy dnia po łyżeczce, w mleku, lub wodzie mineralnej. Dla dzieci nadają się pastylki czekoladowe z fersanem. *D.*

Helmitol w leczeniu rzeżączki i zapalenia pęcherza moczowego. (*Californ. medic. Journal* Nr. 7, 1904). W pierwszym okresie rzeżączki i zapalenia pęcherza moczowego osiągnął M. Schirman zupełne wyleczenie wstrzykiwaniem 1% roztczynu protargolu, który stosował dwa razy dziennie. W przypadkach powikłanych łączył leczenie zewnętrzne (2% roztczyn protargolu 3 razy dziennie) z wewnętrznem, podając helmitol po 1 gramie 4 razy dziennie; wyniki były zawsze dobre. Szczególnie w jednym przypadku powikłanym i nawrotnym, gdzie wszystkie powszechnie używane środki zawiodły, postępowanie wyżej opisane usunęło chorobę doszczętnie w przeciągu kilku tygodni. To samo miało miejsce w przypadkach przewlekłej rzeżączki, w których wszelkie środki okazały się poprzednio bezskutecznymi. Helmitol działa na mocz energicznie odkażająco i posiada własności uspakajające i uśmierzające ból. Przewyższa on pod względem skuteczności wszystkie inne przetwory przeciwrzeżączkowe. *Baschkopf.*

Dr. Simon. **Hedonal w wieku starczym.** (*Revue méd. de l'Est,* Nr. 11, 1904). Autor zastosował hedonal w dawkach 1—2 grm. u sześciu chorych swego zakładu; żaden z nich nie uskarżał się na bole głowy, jak to spostrzega się po innych lekach nasennych. U trzech z tych chorych, cierpiących na zwykłą bezsenność, która zatem nie była spowodowaną bolami itd., wywołał autor po zastosowaniu hedonalu sen, trwający 6—8 godzin. Po odstawieniu leku wróciła znowu zupełna bezsenność. Trzech innych chorych cierpiało na brak snu z powodu napadów bolu (2 chorzy na wiąd, 1 na ogólne opilcze zapalenie nerwów). U tego ostatniego hedonal zawiódł zupełnie; u dwóch zaś pierwszych wywołał sen 6—7 godzinny. Jeden z nich nie sypiał już od roku, po hedonalu spał całą noc. Hedonal jest więc znakomitym lekiem nasennym, co prawda, bez działania analgetycznego. *Baschkopf.*

Bornyval jest związkiem kwasu kozłkowego z borneolem (borneol-izokozłkan). Szukając właściwego działającego czynnika w przetworach waleryanowych, uważano za taki w ostatnich czasach sam kwas kozłkowy, chociaż już w roku 1893 Möller utrzymywał, że jest nim w głównej mierze zawarty w przetworach kozłka borneol. Gdy rozmaite sole kwasu kozłkowego zawiodły pokładane w nich nadzieje, należało przypuszczać, że związek z borneolem okaże się skuteczniejszym. Tego przetworu, nazwanego w handlu bornyvalem, próbowali w ostatnich czasach w różnych nerwicach Hirschlaff (*Allg. med. Centr. Ztg.* 1903, 47), Uibeleisen (*Deuts. Praxis* 1904, Nr. 3) i Engels (*Ther. Monatsh.* 1904, Nr. 5), ogółem w 46 przypadkach i utrzymują zgodnie, że działanie jego jest wybitniejsze i pewniejsze, niż innych przetworów kozłka. Dawka dzienna dla dorosłych trzy razy dziennie po 0·25 (w perełkach). *R.*

Kliniczne spostrzeżenia nad nowym lekiem nasennym isopralem. (*Allg. med. Centr.-Zeitung* 1904, Nr. 35). Isopral jest chemicznie wyskokiem trójchloroisopropilowym. Według badań farmakolicznych Impensa jest on znakomitym lekiem nasennym, dobrze zastępującym chloral, posiadając wszystkie jego zalety, a nie mając niekorzystnego wpływu na serce. Według Impensa działa nietylko na mózg, lecz także na opuszkę i rdzeń pacierzowy. Z powodu wielkiej lotności nawet przy zwykłej ciepłocie, poleca firma Bayer isopral w postaci kołaczyków po 0·25 i 0·5. Można jednak podawać też w roztczynie, szczególnie w wodzie miętowej. W zakładzie dla obłąkanych kobiet w Wenecyi podawał Teof. Montaguini isopral 46-ciu chorym. Skutek korzystny okazał się w 75% przyp. Działanie występuje szybko, już po kwadransie, a trwanie snu: 4—10 godzin. Sen spokojny, regularny, nie bardzo głęboki. U trzech chorych, którym podano isopral za dnia, utrzymywało się uspokojenie cały dzień. Nieprzyjemnych wpływów ubocznych nie zauważono. Autor przyłącza się więc do korzystnego orzeczenia innych lekarzy i stwierdza, iż isopral przy swych znakomitych własnościach nasennych i uspakajających może być z pożytkiem stosowany, szczególnie w praktyce psychiatrycznej. *Baschkopf.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Posiedzenie w dniu 22/III (4/IV) 1904 r.

Obecnych członków 20, gości 2.

Przewodniczy w początku posiedzenia wiceprezes prof Dr. St. Zaleski, następnie prezes Dr. Strawiński.

I. Protokół z poprzedniego ogólnego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący zawiadamia o zgonie 2 członków Koła: Dr. Radeckiego d. 27/III i Dr. Misiewicza d. 3/III. Pamięć zmarłych uczczono przez powstanie.

III. Dr. Dalecki wygłasza rzecz pod tytułem: „Wpływ soli żelaza i manganezu na rozkład tłuszczów.“ Prelegent przeprowadził w pracowni farmaceutycznej prof. Dr. Przybyłka szereg badań, dotyczących wpływu soli żelaza i manganezu na masło krowie, tłuszcz kakaowy i olejek migdałowy, więc na tłuszcze, które różniły się swojem pochodzeniem, własnościami fizycznemi i chemicznemi, wreszcie swoją odpornością na różne czynności w zwykłych warunkach przechowywania. Z soli żelaza i manganezu prelegent używał stearynianów. Do użycia tych, a nie innych soli skłoniły go następujące powody: 1) przypuszczenie, że sole te będą łatwo rozpuszczalne w tłuszczach; 2) wykluczenie w ten sposób działania kwasów obcych, co miałoby miejsce przy użyciu innych organicznych i nieorganicznych soli tych metalów; 3) wykluczenie bezpośredniego rozkładającego tłuszcze działania, ponieważ żelazo i manganez użyte były w postaci soli kwasów tłuszczowych i wreszcie — 4) kwas stearynowy, jako nasycony, nie mógł wpływać na zmianę bardzo ważnych dla prelegenta liczb jodowych Hübla, wskazujących na stopień nasycenia kwasów. Badając zmiany w zewnętrznem wejrzeniu i w składzie chemicznym wymienionych tłuszczów po upływie 4 i 8 miesięcy przechowania po dodaniu do nich stearynianu żelaza i manganezu w ilości 0,01%, 0,05%, 0,1% i 0,2%, prelegent przyszedł do wniosków następujących: 1) stearynian manganezu i żelaza podnosi utlenianie tłuszczów; 2) *ceteris paribus* manganez utlenia tłuszcze silniej, niż żelazo; 3) rozpuszczone w tłuszczach sole żelaza i manganezu utleniają silniej, niż nierozpuszczone; 4) działanie soli żelaza i manganezu jest katalityczne, więc odbywa się przy pomocy tlenu powietrza, który sole te przenoszą; 5) utlenianie tłuszczów w obecności żelaza odbywa się w nieco odmiennym kierunku, niż w obecności manganezu; 6) utlenianie tłuszczów wyraża się zmniejszeniem liczb jodowych Hübla i zwiększeniem liczb Reicherta, t. j. ilości lotnych kwasów tłuszczowych; 7) utlenianie tłuszczu odbywa się z początku powolnie, z biegiem czasu wzrasta tak w tłuszczach czystych, jak i w obecności żelaza i manganezu; 8) w zwykłych warunkach przechowywania, w ciepłocie pokojowej, przy dostępie powietrza i światła, tłuszcze jełczeją; 9) jełczeniu tłuszczów towarzyszy wzmożenie kwasoty, obniżenie liczb jodowych i zwiększenie liczb Reicherta; 10) ogrzewanie tłuszczów podnosi ich utlenianie. Badaniom tym prelegent jest skłonny nadawać oprócz znaczenia biologicznego poniekąd i kliniczną wartość: mają one przemawiać na korzyść stosowania manganezu po utratach krwi, zwłaszcza u osób otyłych.

W dyskusyi prof. Dr. St. Zaleski przemawia przeciwko katalitycznemu sposobowi działania żelaza i manganezu w doświadczeniach prelegenta, ponieważ używał on złożonych soli tych metalów, nie zaś takich związków, które, jak stwierdzono, są przenosicielami podobnego działania, n. p. żelazo odtlenione wodorem (*ferrum hydrogenio reductum*) i inne.

Prelegent tłómaczy, że podobnych związków używać nie mógł ponieważ rozkładałyby one tłuszcze, łączyły wolne kwasy i wytwarzały nowe połączenia; w ten sposób nie można byłoby sądzić o tem, jakiego rodzaju sprawy tu zachodzą. Użyte przez niego stearyniany żelaza i manganezu przeciwnie nie wywoływały tych zmian, jako sole kwasu zupełnie nasyconego.

Prof. Dr. Zaleski St. jest zdania, że podobne przypuszczenie nie jest ugruntowane; w rzeczywistości może zachodzić wręcz przeciwne zjawisko; jako przykład, przytacza tę okoliczność, że kwas stężony czasami nie działa wtenczas, gdy mniej stężony wywiera działanie.

Dr. Dalecki przytacza na dowód katalitycznego działania w swych doświadczeniach doświadczenia Bertranda z lakkazą, które wykazały, że dodanie do prawie nieczynnej lakkazy manganezu w postaci soli podnosi w znacznym stopniu utleniające jej własności.

Zdaniem prof. Dr. Zaleskiego, należy odróżniać związki organiczne od nieorganicznych; n. p. żelazo w nukleinie lub w keratynie paznokci, gdzie ono może być wykryte tylko po zwęgleniu, różni się znacznie od soli żelaza nieorganicznych; na mocy więc doświadczenia Bertranda nie można jeszcze wnioskować o katalitycznem działaniu manganezu.

Doc. Dr. Orłowski W. zaznacza, że wniosek prelegenta, dotyczący wartości jego badań dla kliniki, jest mylny; kliniczne spostrzeżenia i doświadczenia, niedawno dokonane w klinice lekarskiej przez Jljaszewa, wykazały, że manganez nie wpływa na narządy krwiotwórcze i nie przynosi korzyści w stanach niedokrewnych. Badania prelegenta uprawniają tylko do próbnego stosowania manganezu w otyłości.

Dr. Strawiński zapytuje prelegenta, w jakim stopniu utlenianie tłuszczów wywiera wpływ na zmniejszenie ich wagi?

Dr. Dalecki wyjaśnia, że niektóre tłuszcze podczas utleniania nawet przybierają na wadze, pochłaniając z powietrza tlen i kwas węglowy; ponieważ jednocześnie zachodzi rozkład tłuszczów do ostatecznych przetworów — bezwodnika kwasu węglowego i wody, co warunkuje obniżenie wagi, więc ujemny stosunek tych spraw zależy od własności tłuszczów, odbija się ostatecznie w ten lub inny sposób na pierwotnej wadze.

IV. Dr. Orłowski Zenon wygłosił rzecz pod tytułem: „W sprawie dyagnostyki raka żołądka.“ Prelegent badał w klinice lekarskiej znaczenie odczynu tryptofanowego i Salomona w różnych chorobach żołądka u 45 chorych. Odczyn tryptofanowy wykonywa się w sposób następujący: do kilku ctm. sz. badanego płynu dolewa się słabego roztworu kwasu octowego do wywołania kwaśnego odczynu, a następnie kroplami świeżego roztworu wody chlorowej lub bromowej; po dodaniu każdej kropli mieszaninę należy skłócić; w razie odczynu dodatniego cały płyn barwi się na czerwono- lub różowo-fioletowo; zbytek odczynnika szkodzi, — gdyż płyn odrazu mętnieje. Erdmann i Winternitz wskazują, że dodatni odczyn tryptofanowy w soku żołądkowym przemawia bezwarunkowo za rakiem żołądka, jeśli jednocześnie niema objawów zastoju treści żołądkowej. Odczyn Salomona sprowadza się do oznaczenia ilości białka metodą Essbacha i azotu według Kjehldahla w popłóczynach żołądkowych w sposób następujący: w przeddzień badania chory otrzymuje wyłącznie pokarm płynny, zawierający mało białka: bulion, kawę, herbatę i t. d; wieczorem przepłókuje się żołądek, nim popłóczyny nie staną się zupełnie przeźroczyste; nazajutrz rano wlewa się przez zgłębnik 500 ctm. sz. fizyologicznego roztworu soli kuchennej, roztwór następnie wypompowuje się i bada na zawartość białka i azotu. W zdrowym żołądku i w różnych jego chorobach zawartość azotu nie przekracza 0—16 mlgr. na 100 ctm. sz., a odczynnik Essbacha nie sprowadza prawie osadu; u chorych na raka żołądka przeciwnie: zawartość azotu wynosi 10—70 mlgr na 100 ctm. sz., odczynnik Essbacha wywołuje dość znaczny osad, nieraz wykazujący 0,5‰. Sprawdzając wartość rozpoznawczą tych odczynów: tryptofanowego i Salomona, prelegent przyszedł do wniosków następujących: 1) odczyn tryptofanowy, wbrew zdaniu Erdmanna i Winternitza, zdarza się i u chorych, dotkniętych sprawami niezłośliwemi w żołądku; 2) u chorych na raka żołądka odczyn tryptofanowy występuje częściej, niż w sprawach dobrotliwych; pomimo to, wartość jego jest niższą, niż braku kwasu solnegd i obecności kwasu mlekowego; 3) w popłóczynach, otrzymanych z żołądka na czczo sposobem Salomona, białko nie wykrywa się, z wyjątkiem raka żołądka; 4) w raku żołądka, nie powikłanym z jego rozszerzeniem, zawartość białka w popłóczynach dochodzi 0,5‰; w tych przypadkach próba Salomona ma ogromne znaczenie, zwłaszcza gdy nowotwór jest usadowiony na miejscach, niedostępnych dla obmacania, naprz. na krzywiznie mniejszej; 5) w rakach odźwiernika z rozszerzeniem żołądka i wogóle w rozszerzeniach żołądka stosowanie próby Salomona jest prawie niemożliwem, ponieważ trudno przepłókać żołądek tak, żeby nazajutrz był on zupełnie czystym; 6) próba Salomona ma cenne znaczenie w tych przypadkach, w których obok objawów przewlekłego nieżytu żołądka wymacuje się w okolicy żołądka lub w sąsiedztwie nowotwór; ujemny wynik próby Salomona przemawia w tych razach za nieobecnością powierzchni wrzodziejącej w żołądku, więc za przynależnością nowotworu do innych narządów jamy brzusznej; 7) wrzód okrągły żołądka daje ujemny wynik przy próbie Salomona, jakkolwiek ostateczny sąd w tym względzie wymaga dalszych spostrzeżeń.

W dyskusyi prof. Dr. Zaleski St. poleca, wbrew postępowaniu prelegenta, używać dla odczynów chemicznych zamiast wody bromowej wodę chlorową, jako zawierającą oznaczoną ilość chloru.

Dr. Dalecki zapytuje o pochodzenie białka w treści żołądkowej, wydobytej według sposobu Salomona.

Dr. Orłowski Z. przypuszcza, że białko w popłóczynie zależy od domieszki krwi i rozpadu rakowego z powierzchni wrzodziejącej.

Dr. Wierciński mniema, że ten lub inny odczyn zawartości żołądka naczczo może wpływać na ilość białka przy oznaczaniu metodą Essbacha.

Prelegent Dr. Orłowski Z. wyjaśnia, że próba Salomona odbywa się tylko w tym razie, jeśli żołądek naczczo nie zawiera treści.

Doc. Dr. Orłowski W. zaznacza przedewszystkiem brak badań, dotyczących wydzielniczej czynności żołądka w wieku podeszłym; podobne badania uważa za nader pożądane wobec tego ogromnego znaczenia, jakie nadajemy brakowi wolnego kwasu solnego w rozpoznawaniu raka żołądka; następnie szczegółowo omawia metodę badania, polecaną przez prof. Gluzińskiego dla wczesnego rozpoznania raka żołądka, ogłoszoną r. 1902 w *Mitteilungen aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* Wieloletnie spostrzeżenia kliniczne Gluzińskiego wykazały, że rak odźwiernika powstaję w przeważnej liczbie przypadków na podstawie wrzodu okrągłego lub blizny po nim. Okres przejściowy, gdy rak zaczyna się rozwijać, może być rozpoznany nawet w tych przypadkach, gdzie nie wyczuwa się wcale nowotworu; badanie wykrywa jedynie dłuższe zaleganie pokarmów w żołądku, nawet bez wymiotów; następnie mniej więcej obfitą florę kwaśnej treści żołądkowej bez kwasu mlecznego, z mierną zawartością wolnego kwasu solnego. Dla rozpoznania tych wczesnych okresów raka Gluziński oznacza ruchową i wydzielniczą czynność żołądka. Wydzielniczą czynność żołądka Gluziński bada naczczo; w $^3/_4$ godziny po śniadaniu próbnem Jaworskiego-Gluzińskiego, składającem się z jaja kurzego i w 4 godziny po próbnym objedzie z befsteku. Wszystkie te badania muszą być przeprowadzone tegoż dnia. Badanie treści żołądkowej ma na względzie przedewszystkiem wolny kwas solny. Gluziński używa w tym celu odczynianu Günzburga, zmienionego przez Jaworskiego. Czerwone zabarwienie, występujące szybko i wyraźnie, wskazuje na wybitny odczyn, bladoróżowe — dość wyraźny; słabe zabarwienie — ślady wolnego kwasu solnego. Podobny sposób badania Gluziński uważa za wystarczający dla celów klinicznych. Spostrzeżenia jego wykazują, że każdemu wrzodowi okrągłemu, usadowionemu w odźwiernikowej części żołądka i przebiegającemu z ruchową niewydolnością jego, towarzyszy kwaśny nieżyt żołądka, jeśli owrzodzenie nie jest połączone ze sprawą rakową; w tych razach wszystkie 3 próby żołądkowe, otrzymane tegoż dnia, dają jasny odczyn na wolny kwas solny. Brak kwasu solnego lub jego ślady w którejbądź próbie, nawet gdy inne próby zawierają go dostatecznie, wskazuje na rozwój nieżytu śluzowego. Podobne zejście ma miejsce w razie gojenia się wrzodu, lub w razie przeobrażenia go w sprawę rakową (Korczyński, Jaworski i inni). Odróżnić to przeobrażenie nie jest trudno. Ogromny materyał kliniczny Gluzińskiego wykazuje przekonywująco, że samoistne wyleczenie wrzodu okrągłego, usadowionego w części odźwiernikowej żołądka i przebiegającego ze zwężeniem odźwiernika, zatem powstanie nieżytu śluzowego żołądka, nie spostrzega się tak długo, jak długo nie zostaną usunięte przeszkody mechaniczne. We wszystkich innych przypadkach niewydolność ruchowa z niewydolnością wydzielniczą, którą Gluziński oznacza niejednakowym stopniem zabarwienia po 3 próbach żołądkowych, przeprowadzonych tegoż dnia, przemawiają na korzyść raka odźwiernikowej części żołądka. Rak odźwiernika może być rozpoznany tą metodą nawet w tym przypadku, w którym wolny kwas solny wykrywa się we wszystkich 3 próbach, lecz w niektórych odczyn występuje mniej wyraźnie, lub wykazuje zaledwie ślady kwasu solnego. Usuwając w tych przypadkach zapomocą gastroenterostomii przeszkodę mechaniczną, otrzymujemy po 3—4 tygodniach śluzowy nieżyt żołądka. Okoliczność ta przemawia za tem, że przed operacyą niewydolność wydzielnicza była poniekąd zamaskowaną przez to, że treść żołądkowa i wytwory jej rozkładu, pozostając długo w żołądku, drażniły błonę śluzową i pobudzały ją do wzmożonej czynności. Tę niewydolność wydzielniczą można wykryć już przed operacyą, stawiąc żołądek po wydobyciu jego treści w warunkach, wymagających usilnej jego czynności

Tę właśnie myśl Gluziński ma na celu, gdy przeprowadza wymienione badania wydzielniczej czynności żołądka w obrębie jednego dnia. Dalsze spostrzeżenia tegoż klinicysty zgodnie z poprzedniemi wykazały, że przypadki, operowane z powodu wrzodu okrągłego, w których po operacyi wolny kwas solny szybko znika, przedstawiają prawie zawsze bądź raka żołądka, bądź wrzód przeobrażający się w raka; w przypadkach niepowikłanego wrzodu przeciwnie nadmierna kwaśność trwa długo po dokonanej gastroenterostomii i tylko bardzo powoli ustępuje miejsca prawidłowej czynności żołądka. Stosując swoją metodę, Gluziński rozpoznawał istotnie raka odźwiernika w najwcześniejszym okresie choroby, w którym obecność sprawy rakowej można było wykazać jedynie badaniem drobnowidowem tkanek po operacyi. Wobec tego metoda prof. Gluzińskiego daje możność radykalnego leczenia raka; i w tym jednak okresie niezbędnem jest, jak wykazują spostrzeżenia Gluzińskiego, usunięcie znacznych kawałków ściany żołądka, nawet w razie małego ogniska nowotworowego, ponieważ komórki rakowe rozchodzą się na znaczne przestrzenie od ogniska pierwotnego we wszystkich kierunkach. Omówiwszy metodę prof. Gluzińskiego, mowca gorąco zachęca do sprawdzania jej w szpitalach.

Dr. Orłowski Z. mniema, że metoda Gluzińskiego może być z korzyścią stosowana tylko w nader rzadkich przypadkach, ponieważ chorzy nie zgadzają się we wczesnym okresie raka na leczenie operacyjne. — Do tego zdania przyłącza się i Dr. Wierciński.

Prof. Dr. Zaleski St., zaznaczywszy ogromne zainteresowanie, z którem wysłuchał wykładu metody Gluzińskiego, przypuszcza jednak, że dla stosowania jej u chorych trzeba być zupełnie przeświadczonym o jej nieomylności.

Doc. Dr. Orłowski W. wymienia sprawy, wobec których wywody i wnioski, otrzymane metodą Gluzińskiego, tracą poniekąd, według spostrzeżeń samego Gluzińskiego, na swej wartości; ta jednak okoliczność nie obniża doniosłości tej metody w innych przypadkach; na korzyść zaś tej metody przemawia już samo imię jej autora, który o słuszności jej zdołał przekonać i drugą naszą powagę naukową, mianowicie prof Rydygiera; korzystanie z tej metody jest pożądanem, ponieważ daje ona lekarzowi możność wyśmienitego wywiązania się ze swego zadania już wtenczas, gdy nowotwór jeszcze obmacywaniem wcale nie wyczuwa się.

Prof. Dr. Zaleski St. przypuszcza, że mogą być i inne sprawy, oprócz wskazanych przez Gluzińskiego, które sprowadzą takie same wyniki, jakie Gluziński otrzymuje swoją metodą w raku żołądka.

Zdaniem Doc. Dr. W. Orłowskiego dla zbadania i poznania tych spraw potrzebne są dalsze jeszcze spostrzeżenia, dokonywane za pomocą metody Gluzińskiego; na tej metodzie mówca zatrzymał dłużej uwagę zebrania, ponieważ, o ile mu wiadomo, dotychczas nie była ona stosowaną w szpitalach petersburskich i klinikach Akademii wojskowo-lekarskiej.

Dr. Strawiński nie zgadza się z prelegentem, jakoby rak w naszych czasach był o wiele częstszem cierpieniem, niż dawniej; większą częstość raka tłómaczy postępami dyagnostyki tej choroby.

Dr. Orłowski Z. wyjaśnia, że trzymał się liczb statystycznych, co się zaś tyczy znaczenia tych danych, podziela w zupełności zdanie Dr. Strawińskiego.

V. Dr. Welamowski w liście, przysłanym na ręce prezesa, cofa swój odczyt: „W sprawie choroby Bantiego.“

Na tem posiedzeniu zamknięto. *Witold Orłowski.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 8 grudnia.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 30 listopada posiedzenie nadzwyczajne, na którem profesor Szkoły techniczno-przemysłowej, p. Tad. Chrząszcz, mówił „O hipotezie życia i śmierci ze stanowiska enzymatycznego“.

* W Krakowie zawiązało się „Polskie Towarzystwo balneologiczne“, którego celem jest pielęgnowanie umiejętnej balneologii, obrona i popieranie interesów lekarzy zdrojowych, obrona i popieranie interesów zdrojowisk i uzdrowisk krajowych i dążenie do poprawy w nich wszelkich urządzeń i stosunków. Środkami do osiągnięcia tych celów według statutu są: urządzanie peryodycznych zebrań balneologicznych, ogłaszanie drukiem balneologicznych prac naukowych, reklamowanie uzdrowisk i zdrojowisk krajowych, urządzanie wspólnych wycieczek do zdrojowisk w celu bliższego zapoznania się z ich urządzeniami i t. d. Członkowie Towarzystwa dzielą się na założycieli, zwyczajnych i honorowych. Prawa i obowiązki członków wynikają z celu samego założenia Towarzystwa. Władze Towarzystwa stanowią: a) Walne zgromadzenie; b) wydział i c) komisya kontrolująca. Odezwę podpisali: Dr. Cercha, prof. Dr. Ludomił Korczyński, Dr. Stan. Benedykt Kwiatkowski, Dr. Regiec i Dr. Wąsowicz.

Nie po raz pierwszy powstaje Komisya balneologiczna w Krakowie: czy to przed 50 laty za czasów Dietla, czy przed 25 laty za czasów przewodnictwa Edw. Korczyńskiego i jego następców, Komisya balneologiczna krakowska sporo przyczyniła się do rozwoju naszych zdrojowisk i uzdrowisk. Nowo powstająca w Krakowie Komisya balneologiczna ma te same zadania, co i jej poprzedniczki, a góruje nad niemi szerszem doświadczeniem, które jej przyniósł czas i życie: rozbudzenie zapału do umiejętnych badań balneoklimatycznych, informowanie właścicieli zdrojowisk o postępach balneotechniki, popularyzowanie krajowych zdrojowisk wśród społeczeństwa zapomocą prasy, pouczanie właścicieli zdrojowisk o komercyalnej stronie przedsiębiorstwa, a właścicieli mieszkań i jadłodajni o zasadzie, że ceny niższe zapewnią im trwałe dochody, wywalczanie u rządu ulg taryfowych, podatkowych, a jednocześnie ulepszeń komunikacyjnych i opieki rządowej, to są wdzięczne zadania dla nowo zawiązanego Towarzystwa, któremu życzymy w imię dobra ogólnego najpomyślniejszego rozwoju.

* (*W.*) Bibliotekarz Tow. lek. krak. składa podziękowanie Prof. Wachholzowi za czasopisma lekarskie, ofiarowane do księgozbioru Towarzystwa.

* W sprawie wielokrotnie podnoszonej przez austryackie Izby lekarskie, ażeby lekarz, wezwany na świadka, otrzymywał wynagrodzenie podług taryfy, jeśli sędzia zadaje mu pytania, wkraczające w zakres orzeczeń sądowo-lekarskich, ministerstwo sprawiedliwości postanowiło: lekarz-świadek, pytany przez sędziego o zdanie z zakresu medycyny, może żądać tylko takiego wynagrodzenia, jakie ustawa przyznaje świadkowi; jeśli zaś pytania sędziego wymagają od lekarza-świadka już nie informacyi, ale orzeczenia, to takiemu lekarzowi-świadkowi należy się zapłata, przyznawana rzeczoznawcom.

* Postępowanie Izb lekarskich w Austryi nie jest ujednostajnione: wiedeńska Rada honorowa na posiedzeniu 17 listopada wydała 6 wyroków, z tych 5 orzeka karę pieniężną od 200 do 400 koron, a co najdziwniejsze, że nazwiska wszystkich skazanych zostały ogłoszone w „Wiener klin. Wochenschrift“.

* Parę tysięcy zwolenników partactwa lekarskiego w Zurychu postanowiło przeprowadzić plebiscyt, który miał ostatecznie rozstrzygnąć, czy leczenie chorych ma być przywilejem tylko osób dyplomowanych, czy też należy je pozostawić wszystkim, którzyby się chcieli niem zająć. Chwila była krytyczna: wykształcona publiczność i lekarze poważnie byli zaniepokojeni. Obliczenie głosów przeważyło szalę na stronę naukowego charakteru zawodu lekarskiego: na 51.319 głosowało przeciw partactwu 28,438. Lekarze więc zwyciężyli. Ale czy jest to istotne zwycięstwo? tam, gdzie na 51 tysięcy mniejszość wynosi 22 tysiące, tam w sprawie tak zasadniczej i cywilizacyjnej trudno mówić o zwycięstwie i tryumfie. Prawdziwie jest nad czem pomyśleć.

* „St. Petersburger medic. Wochenschrift“ w Nr. 46 donosi, że w Królestwie Polskiem, skutkiem powołania wielu lekarzy na plac walki, w wielu miejscowościach, szczególnie fabrycznych, brakuje obywatelom pomocy lekarskiej; brakowi temu zapobiegają lekarze z Warszawy, gdzie tego niedostatku pomocy lekarskiej mieszkańcy nie odczuwają. Według „Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift“ (Nr. 49) zupełnie identyczny stan ma miejsce w fabrycznym okręgu moskiewskim: tygodnik wiedeński dodaje, że lekarzom moskiewskim ofiarowują wysokie wynagrodzenie za objęcie stanowiska na prowincyi.

* Odeskie Towarzystwo balneologiczne ustanowiło nagrodę imienia ś. p. prof. Moczutkowskiego, przyznawaną corocznie za najlepszą oryginalną pracę, przesłaną na ręce tego Towarzystwa. Nagrodę stanowić mają odsetki od 2000 rubli, ofiarowanych przez Moczutkowskiego na ten cel.

* W Równem na Wołyniu powstało Towarzystwo lekarskie, do którego wpisało się 40 członków.

* Między 13 a 19 listopada doniesiono władzy o jednym przypadku ospy w powiecie rawskim.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Hildebrandt mian. zwycz. profesorem chirurgii w Berlinie. Dr. Straub — profesorem farmakologii w Marburgu. Dr. Mayer — profesorem psychiatryi w Insbruku. Dr. Moritz mian prof. zwycz. kliniki lekarskiej w Giessen.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Pérochaud, prof. terapii w Nantes.

Bibliografia:

— *Przegląd okulistyczny* (listopad). Strzemiński: Cierpienie oka wskutek półpaśca. Rumszewicz: Przyczynek do anatomii patologicznej tak zwanych brodaweczek błony sprężystej naczyniówki.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 12. Legeżyński: Jak należy zorganizować służbę desinfekcyjną w naszych miastach i miasteczkach. Szulisławski: Z higieny oka. Wzrok a okulary (dok.). Panek: Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy (c. d.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 12. Biegański: O celowości w zjawiskach patologicznych. Bieliński: Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie (dok.).

— *Medycyna* Nr. 48. Dobrzycki: Spostrzeżenia dotyczące przeciwgorączkowego działania kryogeniny w gruźlicy (c. d.). Heiman: Wskazania do otworzenia wyrostka sutkowego w ostrem zapaleniu ropnem ucha środkowego (c. d.).

— *Ginekologia* Nr. 10. Czyżewicz: Kilka słów o ostrym obrzęku szyi macicznej podczas ciąży, porodu i połogu. Boryssowicz: Plastyczne czyli odtwórcze rozszerzenie zwężonego lub zarośniętego ujścia wewnętrznego, względnie całego kanału szyi macicznej. Piotrowski: Poród u kobiety z miednicą kręgozmykową.

— *Głos lekarzy* Nr. 23 zawiera: Informowanie opinii publicznej w sprawach lekarskich. — Nasze Izby lekarskie (c. d.). — Położenie lekarzy rządowych przy władzach politycznych w r. 1904 (c. d.). — Akcya Izb lekarskich w sprawie specyfików (c. d.). — Pokłosie z prasy lekarskiej. — W sprawie znaczków receptowych. — Polemika. — Odcinek.

— *Gazeta lekarska* Nr. 48. Dunin: Przewlekłe ropienie na palcach rąk z osadzeniem się węglanu wapnia. Malinowski: O leczeniu płonicy surowicą przeciwpłoniczą wyrobu pracowni Dr. Palmirskiego (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 48. Heveroch: O transitornim deliru v traumatické neurose. Schöbl: Melanosarcoma chorioideae in stadio pseudoatrophico seu kryptomelanosarcoma chorioideae. Slavik: O aktinotherapii (c. d).

— *La Presse médicale* Nr. 94. Guyon: Zmienność jadowitości a chirurgia narządu moczowego.

— Nr. 95. Forgue i Jeanbrau: Wynagrodzenie lekarskie za czynności przy wypadkach u rękodzielników. Netter: Leczenie przewlekłej gruźlicy płucnej na początku XX wieku.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 48. Strassmann i Schulz: Badania nad zatruciem tlenkiem węgla. Berent: Znaczenie różniczkoworozpoznawcze ustępującego porażenia strun głosowych. Wassermann: Przyczynek do poznania dróg zakażenia w gruźlicy płucnej. Bagiński: Ostry gościec stawowy u dzieci (dok).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 48. Stein: Przypadek uwięźnięcia przepukliny przeponowej. Oefele: Wzajemna zależność pojedynczych własności kału. Nettel: Modyfikacya w sporządzaniu szyny gipsowokonopnej. Stegmann: Ochrona lekarza i chorego w leczeniu promieniami Röntgena. Czervenka: Leczenie zapalenia pochwy drożdżami (dok.).

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 48. Weicherdt: O toksynie i antytoksynie znużenia. Neumann: Technika jodowo-siarkowego odczynu na zwyrodnienie skrobiowate. Stäubli: Technika Gruber-Widalowskiego odczynu. Tiling: Rozpoznanie surowicze duru brzusznego zapomocą „diagnosticum Fickera.“ Schenk i Scheib: O wyróżnianiu się łańcuszkowców w odchodach macicznych przy prawidłowym połogu. Leo: Rozpoznawcze i prognostyczne znaczenie drobnowidowych badań odchodów. Köhler i Behr: Sugestyjna ciepłota u chorych na gruźlicę. Hengge: Niebezpieczeństwo cucących hustań Schultzego. Schenck: Leczenie białaczki promieniami Röntgena. Cahen: Przypadek białaczki leczonej promieniami Röntgena. Rixen: Neuronal w padaczce. Burger: Zastosowanie balsamu peruwiańskiego w leczeniu ran. Rupfle: Nowa metoda leczenia wodniaka. Friedheim: Przyrząd do wykonania wyciągania w każdym przypadku. Oertmann: Oznaczanie wysokości gorączki trwałem mierzeniem. Schmidt: Ssanie piersi a ssanie z flaszki. Fehling: Nauczanie i uczenie się w medycynie.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 49. Döderlein: Wynik badań bakteryologicznych w rozpoznawaniu, zapobieganiu i leczeniu gorączki połogowej. Grawitz: O licznych guzach pierwotnych. Kurpjuweit: Leczenie białaczki promieniami Röntgena. Edinger: Choroby nerwowe z wyczerpania. Kayser: O typie *A* prątka „paratyfusu“, doświadczenia z surowicą durową i kwestya zakażenia mieszanego. Borchardt: Doświadczalne badania w kwestyi wzmożenia naturalnej odporności otrzewnej przeciw zakażeniom operacyjnym. Schmidt: Śródotrzewnowe wstrzykiwania surowicy i rozczynu soli kuchennej w celu zapobieżenia operacyjnym zakażeniom otrzewnej. Laache: Patogeneza żółtaczki laktofeninowej.

Redakcya otrzymała. Kania: De l'influence de la puerpéralité sur les femmes prédisposées à la tuberculose.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 48 (od 27/XI do 3/XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 27, dziew. 24; nieżywo: chł. 1, dz. 1. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 14, kob. 19; zamiejscowych: męż. 13, kob. 14.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych 4. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 4. 4) dławiec i błonica: miej. 2, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. 1. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 2, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. 3, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem**: miejscowych 33, obcych 27.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**